



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***PREVALÊNCIA DA RECESSÃO GENGIVAL NOS PACIENTES
CONSULTADOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DA UCP-VISEU***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por

João Gonçalo Baptista Lapa

Setembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

***PREVALÊNCIA DA RECESSÃO GENGIVAL NOS PACIENTES
CONSULTADOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DA UCP-VISEU***

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Orientador: Professor Doutor Jorge Galvão Martins Leitão

Co-orientador: Mestre Nélcio Jorge Veiga

Por

João Gonçalo Baptista Lapa

Setembro de 2012

*“Uma vida: estudos, doenças, nomeações. E o resto?
Os encontros, as amizades, os amores, as viagens,
as leituras, as felicidades, as indignações, as angustias:
numa palavra: as ressonâncias?”*

Roland Barthes

Dedicatória

Aos meus pais, **Luís e Isabel**, que sempre me deram o seu amor, carinho, apoio e confiança durante toda a minha vida. Por todos os valores e lições de vida que me transmitiram e também por todos os esforços que realizaram e que permitiram tornar-me na pessoa e profissional que sou hoje.

À minha avó, **Rosa**, pelo seu amor, carinho, apoio e incentivo a sempre perseguir os meus sonhos e nunca desistir de alcançar o que me proponho.

Ao meu irmão e à sua namorada, **Nuno e Patrícia**. Por todo o apoio e encorajamento incondicionais que sempre me deram e pelo incentivo a perseguir sempre os meus sonhos e a nunca desistir.

Agradecimentos

Ao **Professor Doutor Jorge Leitão**, pela disponibilidade, incentivo, orientação e rigor científico que demonstrou aquando da elaboração da minha tese.

Ao **Mestre Nélio Veiga** por toda a amizade, apoio, incentivo e orientação que tive durante o desenvolvimento deste trabalho.

À **Universidade Católica Portuguesa**, a todos os **Professores** e a todos os **Funcionários** que sempre me auxiliaram tanto na elaboração deste projeto como durante toda a vida enquanto estudante na Faculdade.

Aos meus binómios **Teresa Loureiro** e **Miguel Pinto** pela amizade e apoio que sempre tive, incluindo na elaboração deste trabalho.

Aos meus amigos, **Sara Paixão**, **Catarina Fernandes**, **Nelson Judas**, **Fábio Lobo**, **Catarina Rodrigues**, **Diogo Calçada**, **Maria Isabel** e **Bernardo Sousa**, por toda a amizade, confiança, experiências, apoio e momentos inesquecíveis que me proporcionaram.

A todos os restantes **Colegas** que me acompanharam durante toda a vida escolar.

Aos **Pacientes** pela sua cooperação e compreensão na elaboração desta tese.

Resumo

Introdução: A recessão gengival é uma condição clínica indesejada definida como a perda de inserção que resulta numa migração apical da gengiva marginal livre. A importância que se deve dar a cada recessão varia consoante a sua etiologia, a sua extensão e as complicações que dela possam advir. Pretendemos determinar a prevalência da recessão e da sua etiologia numa amostra de pacientes consultados na Clínica Universitária da UCP-Viseu e realizar também um estudo epidemiológico de outras condições que lhes estão associadas.

Metodologia: Realizámos um estudo piloto desenhado como estudo epidemiológico observacional transversal em que avaliámos uma amostra de 101 pacientes consultados na Clínica Universitária da UCP-Viseu com uma idade média de $23,11 \pm 2,23$ anos. Cerca de 46,5% indivíduos pertenciam ao género masculino e 53,5% ao feminino. Estes foram sujeitos tanto a um questionário referente a questões relacionadas com factores associados às recessões gengivais, como a um exame clínico para medição destas e identificação de factores etiológicos locais, bem como identificação do índice de placa.

Resultados: A prevalência de recessão gengival é de 85,1%, não existindo diferenças relevantes entre os géneros sendo 81,4% casos de recessões localizadas. A condição estética apenas é influenciada em 14,0% e apenas 17,4% dos pacientes com recessão apresentam sensibilidade. Neste estudo encontrou-se uma maior associação entre o desenvolvimento de recessões e a utilização de uma técnica de escovagem baseada em movimentos horizontais e de escovas com cerdas de maior dureza. Dos pacientes sujeitos a tratamento ortodôntico prévio, 83,8% apresentavam recessões. Verificou-se que a presença de hábitos e de placa encontram-se associados ao surgimento de recessões e à sua severidade.

Conclusões: Para obter conclusões mais concretas serão necessários mais estudos recorrendo a uma amostra de maiores dimensões. Apesar de se ter verificado que a maioria da amostra analisada já apresenta comportamentos de saúde oral, observou-se que alguns ainda necessitam de ser alterados e, para isso será essencial a compreensão da necessidade de modificar determinados hábitos para a prevenção do desenvolvimento de recessões.

Palavras-chave: recessão gengival, prevalência, escovagem, tratamento ortodôntico, placa, tabaco, álcool.

Abstract

Introduction: Gingival recession is a clinical condition defined as unwanted attachment loss, which results in apical migration of the free gingival margin. The importance that should be given to every recession varies by its aetiology, spread and complications that may arise. We intend to determine the prevalence of the recession and its aetiology in a sample of patients consulted at the University Clinic of UCP-Viseu and also perform an epidemiological study of other conditions associated with them.

Methods: We conducted a cross-sectional pilot-study in which we evaluated a sample of 101 patients consulted in the University Clinic of UCP-Viseu with a mean age of 23.11 ± 2.23 years. Approximately 46.5% of the participants were male and 53.5% were female. These were both subjected to a questionnaire regarding issues related to factors associated with gingival recessions and a clinical examination for identifying and measuring these local aetiological factors, as well as identification of plaque index.

Results: The prevalence of gingival recession is 85.1%, with no significant differences between genders and in which 81.4% of the cases were localized recessions. The condition is influenced by aesthetics only in 14.0% and only 17.4% of patients with recession presented sensitivity. In this study, we found a greater association between the development of recessions and using a brushing technique based on horizontal movements and brushes with harder bristles. Of the patients undergoing prior orthodontic treatment, 83.8% had recessions. It has been found that the presence of habits and plaque are associated with the onset of recessions and its severity.

Conclusion: For more concrete conclusions will be needed further studies using a larger sample. Although the majority of the analysed sample already presents oral health behaviours, it was observed that some still need to be changed, and it will be essential to an understanding of the need to modify certain habits for preventing the development of recessions.

Keywords: gingival recession, prevalence, brushing, orthodontic treatment, plaque, tobacco, alcohol.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Saúde Oral	3
1.2. Promoção da Saúde Oral.....	5
1.3. Gengiva.....	7
1.3.1. Macroscopicamente.....	7
1.4. Recessão Gengival	10
1.4.1. Classificação das Recessões Gengivais.....	11
1.4.2. Prevalência	15
1.4.3. Complicações.....	17
1.4.3.1. Hipersensibilidade dentinária	17
1.4.3.2. Medo de possível perda do dente	19
1.4.3.3. Implicações estéticas.....	19
1.4.3.4. Retenção de placa bacteriana.....	20
1.4.3.5. Cáries Radiculares	21
1.4.3.6. Abrasão e Erosão	21
1.4.4. Etiologia	22
1.4.4.1. Factores Sócio-demográficos (idade, género e etnia)	22
1.4.4.2. Escovagem	24
1.4.4.3. Placa Bacteriana e Doença Periodontal	26
1.4.4.4. Tratamento Periodontal	28
1.4.4.5. Factores locais retentores de placa	28
1.4.4.5.1. Restaurações dentárias	28
1.4.4.5.2. Cálculo.....	30
1.4.4.5.3. Prótese Dentária	31
1.4.4.6. Factores Anatómicos.....	32
1.4.4.6.1. Componente Alveolar.....	32
1.4.4.6.2. Componente Gengival	34
1.4.4.7. Mau Posicionamento Dentário.....	35
1.4.4.8. Ortodontia.....	36
1.4.4.9. Trauma Oclusal	38
1.4.4.9. Piercings	42
1.4.4.10. Nutrição.....	43
1.4.4.11. Tabaco	45
1.4.4.12. Álcool	48
1.4.4.13. Inserção Muscular e do Freio Labial.....	49
1.4.4.14. Outros Factores.....	49
1.4.4.14.1. Diabetes Mellitus	49
1.4.4.14.2. Artrite Reumatóide.....	50
1.4.4.14.3. Trauma Químico.....	51
1.5. Determinantes de Saúde Oral	51
1.5.1. Higiene Oral.....	52
1.5.2. Cessação do Hábito Tabágico.....	53
1.6. Índices e Indicadores de Saúde Oral.....	54
2. Objectivos	55
3. Metodologia	59
3.1 Tipo de Estudo	61
3.2 Amostra.....	61
3.3 Protocolo	62
3.3.1. Material utilizado	62
3.3.2. Índice de Placa de O'Leary	63

3.3.2.1. Protocolo para a Determinação do Índice de Placa de O'Leary	64
3.3.3. Índice de Recessão Gengival.....	64
3.4 Recolha de Dados.....	Erro! Marcador não definido.
3.5. Variáveis em estudo.....	65
3.6. Análise Estatística.....	67
3.7. Procedimentos Legais e Éticos.....	67
4. Resultados	69
5. Discussão.....	127
6. Conclusões	133
7. Bibliografia.....	137
8. Anexos	147
8.1. Anexo I – Índice de Tabelas.....	149
8.2. Anexo II – Índice de Gráficos	155
8.3. Anexo III – Índice de Figuras	157
8.4. Anexo IV - Glossário de Siglas e Abreviaturas.....	159
8.5. Anexo V – Consentimento Informado.....	161
8.6. Anexo VI – Questionário.....	163

Introdução

1. Introdução

1.1. Saúde Oral

Antigamente, o conceito de saúde humana era muito básico porque era visto como apenas a ausência de enfermidade e invalidez.⁽¹⁾

Atualmente a palavra saúde apresenta uma grande amplitude permitindo que, com o avanço da medicina, se descobrissem vários factores que interferem de forma direta ou indireta na presença de saúde ou doença na vida de um indivíduo. Não podemos esquecer que, o que anteriormente foi considerado como patológico, atualmente pode já não o ser. Hoje em dia, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” e, que esta é influenciada por inúmeros factores.^(1,2)

Esta definição apresentava aspectos muito positivos como:

- Pela primeira vez apresentava a saúde definida por características positivas, contrariamente à definição anterior;
- Pela primeira vez considerava as áreas mental e social, para além da física.⁽¹⁾

No entanto também era apresentada com vários aspectos críticos como:

- O facto de comparar o bem-estar à saúde, o que nem sempre é verdade;
- Por ser uma definição estática uma vez que apenas considera pessoas com saúde, as que possuem um bem-estar físico, mental e social. Assim vemos que a saúde é dinâmica e não estática pois há vários graus de saúde “positiva”.⁽¹⁾

Muitos autores defendem que o conceito apresentado pela OMS deveria ser mais dinâmico removendo a palavra “completo” visto que a saúde e a doença não é uma condição absoluta, afirmando que há então os vários graus de ambas as condições.⁽¹⁾

Existe então uma continuidade entre a doença (cujo extremo é a morte) e a saúde (cujo extremo é uma saúde óptima), separadas pela zona neutra (impossível de diagnosticar o normal do patológico).⁽¹⁾

Simultaneamente à fundação da OMS teve também início o conceito de que a saúde é um direito de qualquer ser humano e que não basta só prevenir o começo e o desenvolvimento

de uma determinada condição, mas também que a promoção da saúde depende das respostas físicas, biológicas, psicológicas e sociais de um indivíduo num ambiente que se encontra em constante mudança.⁽²⁾

Com o aparecimento do conceito apresentado pela OMS surgiu também o conceito de Health-Related Quality of Life (HRQOL). Este conceito chega a ser muito mais abrangente uma vez que engloba a própria percepção que o indivíduo tem de se sentir bem com ele próprio e com a sociedade.⁽¹⁾

As enfermidades orais e as suas sequelas atingem a qualidade de vida individual, surgindo desta forma outro conceito: Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL).⁽¹⁾

Desta forma, o conceito de saúde oral também acabou por evoluir e deixando de se considerar que o objectivo na medicina dentária seria solucionar apenas os problemas da cavidade oral independentemente de todos os outros factores biológicos, psicológicos e sociais que lhe poderiam estar associados.⁽²⁻⁵⁾

De igual forma, o conceito de OHRQoL apresenta-se como a avaliação pessoal da forma como o bem-estar individual é afectado pelos seguintes factores:

- Factores funcionais (mastigação e fonação);
- Factores psicológicos (a estética e a autoestima);
- Factores sociais (relação interpessoal);
- Factores físicos (dor e o incómodo).⁽¹⁾

Assim, hoje faz sentido pensar-se que “as cavidades orais não podem ser saudáveis (...) só as pessoas podem”, aceitando-se, então, que o ser humano é um ser complexo e que todos os seus componentes estão interligados de alguma forma na promoção da saúde individual.⁽²⁻⁵⁾

Nos finais da década de 90 começou a evidenciar-se a ligação entre a saúde oral e a saúde geral. Demoraram décadas até que se aceitasse esta ligação, no entanto, atualmente é lógico aceitar-se que os nossos hábitos atuais se reflitam posteriormente no nosso corpo.⁽⁵⁾

Exemplos comprovados disso são:

- Exacerbação da doença cardiovascular pela inflamação periodontal;

- Presença de diabetes mellitus impossível de controlar devido à inexistência de um controlo da doença periodontal pré-existente;
- O facto de as mulheres grávidas darem à luz bebés prematuros com baixo peso ao nascimento pode ser influenciado pela presença de periodontite materna.⁽⁵⁾

Tal como a OMS e a Federação Dentária Internacional (FDI), também a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), já está cientificamente comprovado que, a saúde oral está integrada na saúde geral e que cada vez mais se encontram relações entre condições orais e doenças sistémicas.^(3,6,7)

Hoje em dia, a OMS surge-nos com uma definição para o conceito de saúde oral em que esta “consiste em estar livre de dor Crónica oro-facial, cancro oral ou Orofaringeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença periodontal, cáries e perda de dentes e outras doenças e distúrbios que afectam a cavidade oral”, mas não pode ser colocada de parte toda a multidimensionalidade a que a saúde oral está associada.^(3,4,8)

1.2. Promoção da Saúde Oral

Em 1986 foi criada a Carta de Ottawa que defendia a promoção da saúde como um processo de capacitação individual de forma a que cada um possa ter um maior e melhor controlo da sua vida e consequentemente melhora-la.⁽¹⁾

A prevenção tem como objectivo a prevenção da doença, enquanto que a promoção pretende maximizar os níveis de saúde. Portanto, será lógico que a promoção englobe a prevenção.⁽¹⁾

As doenças orais, como a Cárie e as Periodontopatias, são altamente prevalentes na população mundial e sabe-se que estão directamente relacionadas com o consumo de açúcar, uma higiene oral deficiente, o consumo de tabaco e de álcool e pela presença de stress, no entanto, podem ser prevenidas.^(1,3)

A abordagem destes problemas teria que ser global, através da promoção da saúde oral partindo, maioritariamente, do incentivo de mudança de atitudes e de comportamentos pelos profissionais de Medicina Oral.⁽¹⁾

Sabe-se que os recursos monetários necessários para a sua prevenção são, comparativamente, mais baixos do que os recursos monetários necessários para o seu tratamento. Acrescentando a todos estes custos a perda que traduz o absentismo, a subprodução laboral e escolar, bem como a desregulação de doenças, compreende-se a verdadeira dimensão do problema.⁽³⁾

Não nos podemos esquecer que várias das patologias orais como a Cárie e as Doenças Periodontais são, atualmente, consideradas problemas de saúde pública.⁽⁹⁾

Existem várias formas de intervenção no que toca à Saúde Oral. Estas intervenções podem ir desde um nível básico, em que se educa a população a autodiagnosticar problemas e solucioná-los, até a um nível bastante mais complexo em que existem financiamentos por entidades responsáveis por programas públicos, como por exemplo o “cheque dentista”.⁽⁹⁾

Pela Europa existem vários sistemas de assistência dentária em que o nível de intervenção por parte do governo varia amplamente.⁽¹⁾

Em Portugal, no Chipre, na Grécia, na Itália, na Espanha e em Malta existe maioritariamente um sistema privado, em que o Estado pouco interfere, no entanto, atualmente encontram-se muitas mudanças a ocorrer a este nível. O registo de dados é feito por entidades dentárias autónomas com pouco ou sem algum financiamento pelo estado.⁽¹⁾

Atualmente, com o “cheque dentista” já há alguma resposta face à Doença Oral, no entanto, mesmo este Sistema necessita de reavaliação e reativação, apesar dos baixos custos apresentados. Semelhantemente, a prestação de cuidados médico-dentários nos centros de saúde ou nos hospitais face às necessidades que a população apresenta são em muito insuficientes. Desta forma, é urgente a definição de uma estratégia global para a promoção da saúde oral na população portuguesa.⁽³⁾

Partindo deste princípio, um dos objectivos da OMD consiste na execução de estudos epidemiológicos para quantificar os vários problemas orais como, por exemplo, a saúde periodontal, de forma a estabelecer programas preventivos eficientes para controlar estas condições de forma a evitar o desenvolvimento de quadros clínicos sintomatológicos mais complexos.^(3,8)

1.3. Gengiva

O conhecimento tanto da anatomia como da fisiologia dos tecidos periodontais é essencial para que se compreenda as alterações patológicas e não-patológicas que estes podem sofrer, bem como da intervenção terapêutica que posteriormente pode ser necessária.⁽¹⁰⁾

O periodonto é composto por gengiva, mucosa alveolar, cimento, ligamento periodontal e osso alveolar, fazendo a gengiva parte da mucosa oral o componente mais periférico do Periodonto. Todos estes componentes têm como principal função suportar o dente no osso alveolar que lhe corresponde.⁽¹⁰⁻¹⁵⁾

1.3.1. Macroscopicamente

A gengiva é a parte da mucosa oral que vai desde a linha mucogengival, cobrindo o processo alveolar, terminando na gengiva marginal livre que circunda os dentes.⁽¹⁰⁾

A gengiva é dividida em gengiva marginal livre, que compreende o tecido gengival livre em vestibular e lingual/palatino dos dentes e também os espaços interdentários criando as papilas interproximais, e em gengiva aderida que é continua com a gengiva livre até à linha mucogengival, onde é continua com a mucosa alveolar.^(9,12)

A cor típica fisiológica da gengiva é rosa coral, no entanto, esta pode apresentar pigmentação em certas raças. Já a textura da gengiva é, normalmente, semelhante à textura da “casca de uma laranja” mas esta textura também varia com a idade, no entanto, não podemos partir do pressuposto que a presença desta textura é sinónimo de saúde gengival.⁽¹⁶⁾

No que diz respeito à gengiva marginal, o seu comprimento difere em função da localização na arcada bem como da idade fisiológica. E o espaço existente entre esta e o dente chama-se sulco gengival.^(9,11,12,14,16)

Apicalmente ao contacto interproximal de dois dentes contínuos existe uma depressão chamada de col, que é delimitada pela papila vestibular e pela lingual/palatina, e cuja

forma pode variar, e clinicamente é difícil detectá-la pois depende dos pontos de contacto entre os dentes.⁽¹⁰⁾

1.3.2. Microscopicamente

A gengiva é composta por um epitélio superficial e uma camada de tecido conjuntivo chamada de Lâmina Própria.⁽¹⁶⁾

No que diz respeito ao tecido conjuntivo gengival, este é essencialmente composto por feixes de fibras de colagénio, as fibras gengivais, que são rodeadas por substância fundamental, fibroblastos, vasos sanguíneos e linfáticos e tecidos neuronais. As fibras gengivais são divididas em circulares, transeptais, alveologengivais e dentogengivais, consoante a sua orientação e a sua função.⁽¹¹⁾

A Tabela 1 apresenta os vários tipos de epitélio presentes no sulco gengival e a sua função.

Epitélio	Características	Função
Juncional	Encontra-se na base do sulco gengival; Epitélio Escamoso estratificado não-queratinizado; As suas células estão unidas ao dente por hemidesmosomas.	Estabelece o contacto entre o dente e a gengiva, ancorando-a; Protege os tecidos periodontais mais profundos do meio oral hostil.
Sulcular	Encontra-se voltado para o dente mas não se encontra em contacto com este; É um epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado.	Consiste numa membrana semi-permeável, controlando as trocas entre a gengiva e o meio oral.
Oral	Encontra-se em contacto com o meio oral; É um epitélio escamoso estratificado ortoqueratinizado; O grau de queratinização diminui com a idade e no início da menopausa, no entanto, não tem grande relação com a fase do ciclo menstrual.	É uma barreira física impermeável para as bactérias orais;

Tabela 1: Classificação do tipo epitelial do sulco gengival e a sua função adaptado de Carranza's Clinic Periodontology, 2002

Normalmente, a profundidade do sulco gengival é de, aproximadamente, 3 mm mas, caso haja alguma inflamação, por exemplo devido à presença de doença periodontal, pode resultar na migração apical das células do epitélio juncional, que se encontram unidas por hemidesmossomas, o que leva à perda de fibras gengivais, osso alveolar, à exposição do cimento e também a um aumento do sulco, originando então uma Bolsa periodontal.^(9,11,12)

Não nos podemos esquecer também da importância que o epitélio sulcular tem uma vez que permite a passagem do fluído crevicular do tecido conjuntivo gengival para o sulco. Este fluído permite a remoção de materiais estranhos do sulco, melhora a adesão do epitélio ao dente através de certas proteínas plasmáticas, possui também propriedades antimicrobianas e, por fim, exerce uma atividade imunológica da gengiva com anticorpos.⁽¹⁴⁾

O epitélio gengival contém 4 camadas bem distintas celularmente:

- A camada basal (estrato basal ou germinativo);
- A camada espinhosa (estrato espinhoso);
- A camada de células granulares(estrato granuloso);
- A camada de células queratinizadas (estrato córneo).⁽¹²⁾

O estrato basal é composto por uma ou duas camadas de células cuboides indiferenciadas que vão preencher os espaços que ficam vazios devido à maturação e exfoliação das células. O estrato basal está separado do tecido conjuntivo pela membrana basal, provavelmente criada por estas células, que é constituído pela lâmina lúcida (contacta com as células) e a lâmina densa (as fibras de colagénio do tipo VII unem-se às do tipo I e III da matriz extracelular).^(12,14,16)

O nome do estrato Espinhoso deriva do facto de ter células maiores que têm processos citoplasmáticos semelhantes a espinhos. É formado por 10 a 20 camadas de células que têm inúmeros filamentos de queratina e que estão unidas entre si por desmossomas. Neste estrato também se encontram melanócitos (produzem melanina), células de Langerhan's (células dendríticas que fazem parte do sistema imunitário pois são células apresentadoras de antígenos) e células de Merkel (células que fornecem percepção sensorial).^(12,14,16)

No estrato granuloso, para além das células apresentarem muito menos organelos celulares, consegue-se observar bastantes grânulos queratohialinos e tonofibrilhas.^(12,14,16)

O estrato córneo contém várias camadas de células com diferentes padrões de queratinização dependendo do estímulo externo e da sua localização. É também de salientar que a passagem celular do estrato granuloso para o córneo é abrupta e isso deve-se à grande queratinização das células do estrato córneo. As células desta camada para além de terem muita queratina têm também toda a maquinaria biológica necessária para a produção proteica e energética.^(12,14,16)

Assim, podemos verificar que os queratinócitos estão em constante diferenciação desde a camada basal até ao estrato córneo, perdendo a sua capacidade de multiplicação quando abandona a camada basal.⁽¹²⁾

1.4. Recessão Gengival

A recessão gengival ou recessão do tecido marginal é uma condição clínica muito comum e indesejada, definida como a perda de inserção que resulta numa migração da gengiva marginal livre de qualquer superfície do dente no sentido apical em relação à junção amelo-cementária (JAC), que é concomitante com a exposição radicular ao ambiente oral.⁽¹⁷⁻²³⁾

Para além da teoria da migração da gengiva marginal livre, que é defendida pela maioria dos autores, existe uma outra teoria muito improvável e que poucos autores defendem, em que a gengiva se mantém estática e que é o dente que se move oclusalmente por erupção ou extrusão colocando a JAC acima da gengiva marginal livre. Esta teoria é desapoiada por tantos autores devido a certos estudos em que se promoveu a extrusão dentária propositadamente, e que se comprovou não haver qualquer alteração a nível do ligamento epitelial e que este se mantinha na mesma posição em relação ao dente. Para não esquecer dos casos de dentes supra-erupcionados que não apresentam qualquer tipo de recessão gengival e aqueles em que a extensão da recessão gengival supera qualquer erupção possível.⁽²⁰⁾

Os pacientes podem detectar as recessões gengivais e dirigir-se a um médico dentista para corrigir a situação. No entanto, esta condição nem sempre é visível e existem inúmeros casos em que, mesmo sendo detectáveis, os pacientes não lhes dão a devida atenção até estas se apresentarem como dolorosas e só aí vão ao encontro de um médico dentista.^(17,18)

Clinicamente, nos casos de recessão gengival a JAC estará localizada supra-gengivalmente, mas esta nem sempre é facilmente detectável pois pode-nos ser apresentado um dente com, por exemplo, uma restauração, uma lesão cariosa ou com cálculos, tendo que se estimar a sua localização.^(17,19)

A importância que se deve dar a cada recessão gengival, seja ela, localizada ou generalizada, na arcada superior ou inferior, ou nas superfícies vestibulares ou linguais/palatinas, varia consoante a sua etiologia, a sua extensão e as complicações que dela possam advir.^(17,20)

1.4.1. Classificação das Recessões Gengivais

Com a grande variabilidade de apresentação que as recessões gengivais apresentam na população, mostrou-se necessário criar sistemas de classificação para uma melhor descrição.^(20,24,25)

Existe uma classificação básica que divide as recessões gengivais em generalizadas ou localizadas. As generalizadas são normalmente encontradas em populações com uma fraca higiene oral e apresentam destruição dos tecidos interproximais, enquanto que as localizadas estão, habitualmente, relacionadas com factores traumáticos acabando portanto por envolver um dente ou um grupo de dentes.⁽²⁶⁾

Foram apresentadas classificações por Sullivan e Atkins (1968), Mlineck (1978), Liu e Salt (1980), Bengue et al (1983), Preston D Miller Jr (1985), Smith (1997) e por Mahajan (2010), sendo a de Miller a mais utilizada clinicamente.^(25,27)

A Classificação sugerida por Miller em 1985 dividia as recessões gengivais em 4 categorias (Tabela 2), baseando-se na extensão de tecido mole e de tecido duro perdidos e, para além disso, também tinha em conta o prognóstico, sendo portanto uma classificação diagnóstica e prognóstica.⁽²⁴⁾

Classificação	Sintomas	Tratamento	Sucesso
Classe I	Recessão que não se estende até à linha mucogengival e em que não há perda óssea nem gengival a nível interdentário	Consegue-se alcançar a cobertura completa da raíz	100%
Classe II	Recessão que se estende até ou para além da linha mucogengival, sem perda de attachment na área interdentária (osso e gengiva)	Consegue-se alcançar a cobertura completa da raíz	100%
Classe III	Recessão que se estende até ou para além da linha mucogengival, com perda de attachment na área interdentária ou com mau posicionamento dentário	Só se consegue a cobertura parcial da raíz até à altura do contorno do tecido interproximal	50-70%
Classe IV	Recessão que se estende até ou para além da linha mucogengival, com perda severa de tecido ósseo ou de tecidos moles no espaço interdentário e/ou com mau posicionamento severo dos dentes	A cobertura radicular é imprevisível e requer tratamento complementar (por exemplo, ortodôntico)	<10%

Tabela 2: Classificação de Miller (1985)

Apesar de a classificação de Miller ser compreensiva e simples de utilizar, em 2010, Mahajan sugeriu algumas atualizações.⁽²⁴⁾

Mahajan afirmava existirem alguns pontos desfavoráveis na classificação de Miller:

- Qual a classificação que se deve atribuir a uma recessão que não atinge a linha mucogengival mas em que haja perda de tecido ósseo e gengival;
- A única diferença entre a Classe III e IV é apenas a severidade da perda de tecidos ósseo e gengival, no entanto, Miller não apresenta nenhum critério para classificar a severidade;

- As características das recessões gengivais não são suficientes para estabelecer prognósticos uma vez que indivíduos em classes iguais podem ter diferentes prognósticos.⁽²⁴⁾

Assim, na Modificação defendida por Mahajan:

- Classe I: compreende as recessões gengivais que não alcancem a linha mucogengival;
- Classe II: engloba recessões gengivais que se estendem até ou além da linha mucogengival;
- Classe III: inclui recessões gengivais com perda óssea e com perda gengival na área interdentária até um 1/3 da superfície radicular e/ou com dentes mal posicionados;
- Classe IV: engloba as recessões gengivais com uma severa perda óssea ou gengival na área interdentária que seja superior a 1/3 da superfície radicular e/ou com dentes mal posicionados.⁽²⁴⁾

Quanto ao prognóstico Mahajan classificava-o da seguinte forma:

- Melhor: Classe I e Classe II com um biótipo gengival grosso;
- Bom: Classe I e Classe II com um biótipo gengival fino;
- Razoável: Classe II com um fenótipo gengival grosso;
- Pobre: Classe III e Classe IV com um fenótipo gengival fino.⁽²⁴⁾

Em 1997, Smith apresentou o “Índice de Recessão Gengival” que consistia, mais uma vez, numa classificação das recessões gengivais através da medição dos valores horizontais e verticais destas.⁽²⁰⁾

O esquema era simples e consistia na utilização do prefixo da face estudada (apenas aplicado às faces vestibular ou lingual) seguido por 2 algarismos determinados segundo a classificação da extensão da recessão (primeiro horizontal e depois vertical), obtendo-se uma fórmula de uma letra e dois dígitos, por exemplo V-2,2.⁽²⁰⁾

Os esquemas de classificação apresentados por Smith para a extensão Horizontal da recessão gengival são apresentados na Tabela 3.

Medição	Critério
0	Não há exposição radicular
1	Não há exposição da raiz mas pode haver alguma sensibilidade dentária ao frio. Existe cerca de 10% da JAC na distância existente entre mesio-mesial e mesio-distal
2	Há uma exposição estimada de 10 a 25% da JAC na mesma distância
3	Há uma exposição estimada de 25 a 50% da JAC na mesma distância
4	Há uma exposição estimada de 50 a 75% da JAC na mesma distância
5	Há uma exposição estimada de 75 a 100% da JAC na mesma distância

Tabela 3: Classificação de Smith para a extensão horizontal (1997)

Já para a medição da extensão vertical da recessão gengival, leva-se a cabo uma medição em milímetros. (Tabela 4)

Medição	Critério
0	Não há exposição radicular
1	Não há exposição da raiz mas pode haver alguma sensibilidade dentária ao frio. Existe exposição da JAC inferior a 1mm verticalmente até à gengiva marginal
2 a 8	Exposição radicular de 2 a 8 mm desde a JAC até à gengiva marginal
9 ou >	Exposição radicular de 9 mm desde a JAC até à gengiva marginal
*	Sempre que a extensão da recessão alcance ou ultrapasse a linha mucogengival, para a mucosa alveolar.

Tabela 4: Classificação de Smith para a extensão vertical (1997)

Em 1998, Nordland e Tarnow apresentaram um sistema para a classificação da perda de altura papilar e os critérios. (Tabela 5)

Classificação	Critério
Normal	A papila interdentária preenche o espaço na totalidade desde o ponto de contacto até à JAC interproximal
Classe I	O extremo da papila interdentária encontra-se entre o contacto interproximal e a JAC interproximal
Classe II	O extremo da papila interdentária encontra-se na JAC interproximal ou apicalmente a esta mas sempre, coronalmente à JAC Vestibular
Classe III	O extremo da papila interdentária encontra-se apicalmente à JAC vestibular

Tabela 5: Classificação da perda de altura papilar de Nordland e Tarnow (1998)

1.4.2. Prevalência

Existem vários estudos que determinam a prevalência (casos em que existe recessão gengival), a extensão (número de dentes afectados pela recessão gengival) e a severidade (quantidade radicular exposta) da recessão gengival na maioria com valores concordantes.⁽¹⁹⁾

Kassab e Cohen afirmam que “mais de 50% da população tem um ou mais locais com recessão gengival de 1mm ou superior”.⁽²⁰⁾

Susin *et al.* afirma que se encontram recessões gengivais de pelo menos 1mm em cerca de 50% da população e que se observam maiores níveis de recessão nos indivíduos do sexo masculino.⁽²⁶⁾

Em 2004, Marini *et al.* propôs-se a avaliar 380 indivíduos com mais de 20 anos aleatoriamente seleccionados de pacientes que eram consultados na Clínica da Escola de Medicina Dentária de Bauru/USP. Marini e os seus colaboradores verificaram que 38% dos dentes avaliados apresentavam recessões gengivais e que mais de 40% dos indivíduos que tinham mais de 50 anos apresentavam pelo menos 1 dente afectado com esta condição.⁽¹⁹⁾

Neste mesmo estudo, as Classes I e III segundo Miller foram apresentadas como sendo as mais prevalentes, 59,15% e 32,51% respetivamente, e a Classe IV, que corresponde à

classe mais severa e com pior prognóstico, apresentava apenas 5,55%, demonstrando haver um aumento da sua prevalência com o aumento da idade.⁽¹⁹⁾

Para além do estudo elaborado, Marini *et al.* enumera variados estudos realizados em vários países afirmando que “a recessão gengival nos EUA tem sido relatada em 78 a 100% da população com meia-idade afectando 22 a 53% da sua dentição.”⁽¹⁹⁾

Algumas décadas após o estudo enumerado por Marini *et al.*, em 1999, Albander e Kingman apresentam um outro estudo feito nos EUA em que 58% da população com idades compreendidas entre os 30 e os 90 anos tinha recessões gengivais de pelo menos 1mm e que, em média, 22,3% de cada dentição se encontrava afectada por esta condição.^(17,21)

Já Oliver, Brown e Løe, avaliaram também uma população nos EUA agrupando-a por intervalos de idades. Assim, até aos 18 anos de idade, 15% da população apresentava recessões com 3mm ou mais, dos 18 aos 24 anos, a prevalência aumentava para 20% e nos indivíduos com mais de 65 anos, a prevalência ia até aos 45%.⁽²¹⁾

Num estudo realizado na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP), Furlan *et al.* e os seus colaboradores afirmam que, no seu estudo, “cerca de 76% das pessoas apresentaram recessão gengival” e que 20,71% dos 4872 dentes avaliados evidenciavam recessão gengival, tendo 3,92% hipersensibilidade.⁽²⁸⁾

Outros dados são-nos também apresentados por Marini *et al.* sobre a Noruega, mais concretamente em Oslo, em que 51% da população com mais de 18 anos de idade apresentavam recessões gengivais, sobre a Nova Guiné, em que a população adulta que apresenta recessão gengival está compreendida entre os 11 e os 40% e ainda sobre a Finlândia em que esta condição afecta 68% da população.⁽¹⁹⁾

Estudos epidemiológicos sobre a prevalência de recessão gengival na população na Tanzânia têm demonstrado que esta varia entre 13 e 72% tanto na amostra jovem como numa mais idosa e que estes elevados números são também acompanhados de altos valores de placa bacteriana (99,6%) e cálculos dentários (75-100%) devido ao baixo nível de higiene oral.⁽²⁹⁾

Alguns estudos apresentam os primeiros molares maxilares e os incisivos centrais mandibulares como sendo os dentes mais frequentemente afectados enquanto que outros

apresentam os caninos, tanto superiores como inferiores, e os pré-molares, essencialmente em pessoas jovens, como sendo os que têm mais prevalência de recessão gengival.⁽¹⁷⁾

É apresentada uma forte associação entre a presença de cálculos supra e infra-gengivais e a presença de recessão gengival na superfície lingual dos incisivos mandibulares.⁽²⁶⁾

Um outro estudo associa uma prevalência de 40% em pacientes de 16 até aos 25 anos de idade em dentes vestibularizados e aumenta a prevalência para 80% caso as idades sejam dos 36 aos 86 anos.⁽²⁰⁾

Outros estudos realizados em áreas mais específicas utilizam militares como amostra, apresentando uma prevalência de recessão gengival de 75%, ou então que utilizam idosos institucionalizados como amostra em que o valor é de 90%.⁽¹⁷⁾

1.4.3. Complicações

As recessões gengivais nem em todos os casos são detectadas pelos pacientes, no entanto, quando o são deve-se a variadas consequências que delas podem advir, tanto para a saúde oral como para a saúde geral.^(19,20)

As recessões têm sido a maior parte das vezes associadas à hipersensibilidade dentinária, à pouca estética, especialmente se afectar o sector anterior, ao medo de perder o dente, à acumulação de placa bacteriana, à formação de cáries radiculares, à abrasão dentária entre outros.^(17,19,20,22,23,25)

1.4.3.1. Hipersensibilidade dentinária

A hipersensibilidade dentinária é definida por Chute *et al.* como sendo “uma dor curta e aguda resultado da resposta de dentina exposta a estímulos – normalmente térmicos, evaporativos, tácteis, osmóticos ou químicos . que não pode ser atribuída a nenhuma outra forma de defeito dentário ou doença”.⁽³⁰⁾

A hipersensibilidade dentinária ou sensibilidade dentinária cervical é uma condição clínica relevante e afecta entre 4 a 74% da população. Esta ampla escala de incidência deve-se ao método de análise utilizado, aos pacientes utilizados como amostra, etc.⁽³¹⁾

Este sintoma é muitas vezes associado a dentes com recessão gengival, no entanto, nem todos os dentes com recessão apresentam hipersensibilidade dentinária cervical, mas não nos podemos esquecer que, por vezes, para alguns pacientes esta é a única razão relevante para que haja preocupação por parte do paciente.⁽¹⁷⁾

Esta condição apresenta uma etiologia multifactorial e sabe-se que para que esta ocorra, a dentina tem que estar exposta e os seus túbulos têm que estar abertos permitindo a comunicação com a polpa dentária.⁽³⁰⁾

Universalmente, o mecanismo de hipersensibilidade mais aceite é explicado pela teoria hidrodinâmica da dor, em que o movimento do fluido dentinário nos túbulos dentinários desencadeia as fibras nervosas sensoriais na camada dentinária mais interna e na junção dentina-polpa.^(17,31)

Muitas relações têm sido investigadas entre os tecidos pulpare e a doença periodontal e, atualmente, sabe-se que, por exemplo, a doença pulpar afecta o periodonto, no entanto, a hipótese de que a doença periodontal causa degeneração pulpar ainda não tem bases suficientes para ser aceite.⁽³²⁾

Desta forma, Rutsatz *et al.* em 2010, investigaram a correlação entre a presença de recessão gengival e a intensidade da resposta aos testes de sensibilidade térmicos pulpare. Neste estudo verificou-se que esta correlação era negativa uma vez que a intensidade da dor nos dentes que apresentavam recessão gengival era menor do que a esperada. Isto ocorreu porque, acompanhada da recessão gengival, devido aos variados estímulos externos, havia também recessão pulpar como forma de mecanismo de proteção, em que as células mesenquimais eram ativadas e começavam a formar dentina reaccionária.⁽³²⁾

Apesar da prevalência da recessão gengival aumentar com a idade, a hipersensibilidade dentinária parece diminuir entre os 25 e os 39 anos, o que pode ser justificado pelas alterações dentinárias, como por exemplo a diminuição da espessura dos túbulos dentinários.⁽¹⁷⁾

Para além da recessão gengival, a sensibilidade dentinária cervical pode ser predisposta por muitas outras condições como:

- Desgaste dentário patológico (atrição, abrasão, erosão e abfração);
- Condições patológicas dentárias como amelogenesis imperfecta, dentes hipoplásicos, etc.;
- Factores iatrogénicos como preparos dentários, restaurações, etc.;
- A dieta do paciente (se for muito ácida);
- Presença de placa bacteriana (devido aos ácidos produzidos pelas bactérias).⁽³⁰⁾

1.4.3.2. Medo de possível perda do dente

Esta preocupação é muito comum em pacientes com recessão, no entanto parece ser mais comum em idades mais jovens.⁽¹⁷⁾

A preocupação do paciente pode ser apenas devido ao aparecimento da recessão gengival em determinados dentes ou então pode estar preocupado com a perda tecidual e com o que esta pode indicar, como a presença de uma doença gengival que se pode alastrar para os restantes dentes.⁽¹⁷⁾

Também não nos podemos esquecer que o desenvolvimento de recessões gengivais pode ser acompanhado do desenvolvimento de lesões cervicais abrasivas que podem levar à perda dentária por fractura.^(17,19,33)

1.4.3.3. Implicações estéticas

Muitos pacientes dirigem-se ao médico dentista porque o desenvolvimento da recessão gengival vem, normalmente, na região anterior acompanhado da diminuição da estética.^(17,19,20,22,25,26,33-37)

Esta pobre estética característica de algumas recessões gengivais é vista pelos pacientes como sendo um indicador de envelhecimento.⁽¹⁷⁾

Numa consulta em que se pretende avaliar a influência de uma recessão gengival esteticamente tem que se verificar a posição do lábio em repouso e a sua linha do sorriso, no entanto o importante é a simetria do sorriso, a quantidade de dente visível e a quantidade gengival apresentada.^(17,33)

Muitos autores falam da localização do zénite, que consiste no ponto mais alto da margem gengival em torno de um dente e que varia de dente para dente, no entanto, esteticamente, a sua posição pode não ser importante desde que haja simetria.⁽³³⁾

Existem outras questões que influenciam esteticamente um dente como:

- a raiz exposta apresentar, normalmente, uma coloração mais escurecida que a coroa dentária;
- um dente com uma prótese fixa pode apresentar uma grande discrepância entre a margem da restauração e a raiz, o que atrairá mais atenção para a recessão;
- um contorno irregular dos tecidos gengivais pode favorecer a assimetria o que é inestético.⁽¹⁷⁾

1.4.3.4. Retenção de placa bacteriana

Com a exposição radicular característica é comum em algumas recessões gengivais haver uma maior acumulação de placa bacteriana o que irá, só por si, piorar e promover a continuação do desenvolvimento da recessão gengival.^(17-19,22,23,25,26,33-37)

Este aumento de acumulação de placa pode-se dever ao facto de a dentina exposta se apresentar sensível à escovagem dentária e por isso esta ser evitada. Outra situação que pode ocorrer é a má colocação da escova dentária que, por existir a recessão gengival, não alcança a margem gengival que se encontra a um nível diferente do nível da margem gengival dos restantes dentes.⁽¹⁷⁾

Esta placa que se vai acumular no local da recessão vai ser responsável pela progressão da recessão gengival uma vez que resulta em gengivite e ulceração.⁽¹⁷⁾

1.4.3.5. Cáries Radiculares

Segundo Tugnait *et al.*, a prevalências das cáries radiculares em indivíduos considerados como saudáveis varia entre os 20 e os 40%, mas em indivíduos institucionalizados, com doenças crónicas ou idosos esta aumenta para 90%.⁽¹⁷⁾

Surmont defende que os pacientes que sofrem de recessão gengival, passam a ter elevado risco de desenvolver cáries radiculares se forem pacientes:

- com higiene fraca oral;
- submetidos a irradiação da cabeça e do pescoço;
- submetidos a terapias xerostomizantes prolongadas;
- com elevada prevalência de cáries coronárias e de raízes retidas;
- com próteses sobre raízes.⁽³⁸⁾

Estas cáries podem ocorrer em qualquer face radicular mas surgem predominantemente nas interproximais e vestibulares.⁽¹⁷⁾

As cáries radiculares estão em grande parte associadas à presença de recessão gengival e por isso são maioritariamente encontradas em população idosa, no entanto, o facto de existir recessão gengival não significa necessariamente que essa peça dentária sofra de cárie dentária.⁽³⁸⁾

1.4.3.6. Abrasão e Erosão

A dentina e o cemento são muito menos mineralizados que o esmalte, logo, estando expostos devido à recessão gengival vai haver abrasão destes tecidos aquando da higiene oral se esta for executada de forma agressiva levando à formação de cavidades classe V.^(17,33)

O processo de erosão também ocorrerá com maior facilidade por exposição da superfície radicular aos ácidos provenientes da dieta do indivíduo.⁽¹⁸⁾

1.4.4. Etiologia

1.4.4.1. Factores Sócio-demográficos (idade, género e etnia)

A recessão gengival é uma condição frequentemente vista como sendo multifactorial e, normalmente, é vista como resultado de uma combinação de factores. ^(17-20,22,33,34)

Os factores etiológicos que influenciam o desenvolvimento da recessão gengival são classificados em:

- Factores Precipitantes: a placa bacteriana, trauma mecânico relacionado com a escovagem, terapia ortodôntica e trauma químico relacionado com, por exemplo, cigarros;
- Factores Predisponentes: podem ser características anatómicas locais que favorecem a ocorrência das recessões gengivais como por exemplo, quantidade e qualidade insatisfatória de gengiva aderida, deiscência óssea, vestibularização, inserção alta do freio e oclusão traumática. ^(19,28)

Existem ainda casos (17%) de recessões gengivais que não apresentam qualquer etiologia clinicamente evidente. ⁽³⁴⁾

Existe concordância no que toca ao aumento da prevalência, extensão e severidade da recessão gengival com o aumento da idade. ^(17,19,20,22,23,28,29,36)

Tugnait afirma que “a prevalência e a extensão da recessão gengival aumenta com a idade de uma prevalência de 37,8% e uma extensão de 8,6% dos dentes aos 30-39 anos para uma prevalência de 90,4% e uma extensão de 56,3% na faixa etária do 80-90 anos”. ⁽¹⁷⁾

Segundo Marini e os seus colaboradores, no seu estudo, no grupo com a faixa etária compreendida entre os 20 e os 29 anos, 64% apresentavam recessões gengivais e que 70% destas recessões eram inferiores a 3mm. Já no grupo que incluía pessoas com mais de 50 anos, cerca de 99% dos indivíduos apresentavam recessões gengivais e em que 40% dos indivíduos deste grupo apresentavam pelo menos uma recessão superior a 4mm. ⁽¹⁹⁾

Furlan e os seus colaboradores, em 2008 realizaram um estudo em que o grupo que compreendia as idades dos 21 aos 30 anos apresentava em 15,21% dos casos recessão gengival, enquanto que no grupo dos indivíduos com mais de 61 anos o valor aumentava

para 84,61%, justificando este mesmo aumento com o mesmo argumento de Marini e os seus colaboradores.⁽²⁸⁾

Nos pacientes de idades mais jovens as recessões gengivais que parecem surgir são normalmente localizadas o que leva a querer que existam factores etiológicos isolados, já nos pacientes com idades mais avançadas, a distribuição das recessões gengivais parece ser mais generalizada, o que pode estar associada ao efeito cumulativo de outros factores, como a doença periodontal.⁽²⁸⁾

Slutzkey e Levin defendem que em adolescentes, a prevalência deste tipo de recessão gengival isolada é de aproximadamente 30%.⁽²³⁾

Desta forma, Marini *et al.* chegam mesmo a afirmar que esta relação entre a idade e o desenvolvimento de recessões gengivais “pode ser devido ao aumento do período de exposição aos agentes causadores de recessões gengivais, associado a alterações intrínsecas no organismo tanto locais como sistémicas, para além dos efeitos cumulativos da própria lesão”.⁽¹⁹⁾

Quanto ao género, existem estudos em que as mulheres surgem como sendo um grupo que apresenta uma melhor higiene oral que os homens mas também uma com uma maior prevalência de recessões gengivais, como é o caso do estudo de Furlan e dos seus colaboradores ou ainda o estudo de Chrysanthakopoulos.^(18,28,29)

No entanto, existem muitos mais estudos epidemiológicos que afirmam que os indivíduos do sexo masculino apresentam maiores quantidades de recessões gengivais que os do sexo feminino, como é o caso do estudo de Slutzkey e Levin.^(17,20,23,36)

Mas é de salientar que qualquer um dos estudos apresentados afirma que não contém dados relevantes sobre a associação sobre o género e o desenvolvimento de recessões gengivais.^(23,28)

Num estudo elaborado por Albandar e Kingman ficou demonstrado que os indivíduos Afro-americanos possuíam uma maior prevalência de recessão gengival que outros grupos raciais.^(17,20)

No estudo feito por Mumghamba *et al.*, em que avaliaram apenas indivíduos do sexo feminino, verificaram que a prevalência das recessões gengivais era inferior à encontrada em indivíduos negros não-hispânicos.⁽²⁹⁾

Por outro lado não nos podemos esquecer da importância da raça quando associada à doença periodontal uma vez que, por exemplo, Susie *et al.* verificou que indivíduos não caucasianos tinham um risco maior de terem bolsas periodontais iguais ou superiores a 5mm que os caucasianos.⁽³⁹⁾

1.4.4.2. Escovagem

Furlan *et al.* defendem que o trauma mecânico relacionado com a escovagem é um dos factores precipitantes da recessão gengival mais descrito na literatura.⁽²⁸⁾

Esta relação entre o desenvolvimento de recessões gengivais e uma técnica de escovagem imprópria ou o trauma causado pela escova em regiões em que há um baixo índice de placa bacteriana tem sido bastante apoiado.^(22,40-43)

No entanto, este factor etiológico é bastante mais amplo do que apenas a técnica de escovagem e o tipo de escova. Existem factores como a duração da escovagem, a frequência de escovagem, a força exercida durante a escovagem, a dureza das cerdas da escova, a técnica de escovagem e a frequência de mudança de escova.⁽⁴²⁾

Quanto à duração da escovagem, defende-se que deve ser entre 2-3 minutos; já no que toca à frequência muitos autores defendem que nunca deve ser superior a 48 horas para que seja possível remover toda a placa bacteriana.⁽⁴⁴⁾

À maioria das pessoas é sugerida a utilização de escovas de cerdas macias para que não haja trauma gengival e/ou dentário. Mas a dureza depende de várias características:

- Diâmetro das cerdas;
- Comprimento das cerdas;
- Material das cerdas;
- Número cerdas por tufo.⁽⁴⁴⁾

A escova dentária deve ser mudada de 3 em 3 meses, no entanto este período pode variar dependendo dos hábitos de escovagem individual.⁽⁴⁴⁾

Para além destes factores não nos podemos esquecer dos casos de pacientes sujeitos a tratamento ortodôntico que, por terem sido informados da importância de uma boa higiene oral acabam por apresentar hábitos de higiene oral exageradamente agressivos.⁽²¹⁾

Existem variados métodos de escovagem, mas o método utilizado deve ser indicado pelo médico dentista que segue o paciente. Existem vários métodos e eles podem ser simples ou complexos.⁽⁴⁴⁾

Bjorn e os seus colaboradores afirmam não haver qualquer associação entre o desenvolvimento destes defeitos gengivais e a técnica de escovagem, enquanto que outros estudos sugerem que técnicas simples de escovagem podem justificar esta associação.⁽¹⁷⁾

Num estudo apresentado por Ainamo *et al.*, os casos de recessões gengivais de jovens com 17 anos presentes eram mais justificados pela realização de uma técnica de escovagem imprópria do que pela presença de placa bacteriana ou mesmo pelo desconhecimento da saúde oral. Esta escovagem extrema e errada levaria a uma inflamação crónica nos tecidos gengivais que resultaria na destruição tecidual.⁽²¹⁾

A técnica de escovagem dentária baseada maioritariamente em movimentos horizontais é a mais apoiada como sendo um factor etiológico das recessões gengivais.⁽³⁴⁾

Chrysanthakopoulos apresenta um estudo em que “os pacientes que usavam o método de escovagem horizontal apresentavam mais recessões gengivais que os que aplicavam o método básico ou o método circular”.⁽¹⁸⁾

As recessões quando associadas à escovagem, normalmente surgem nas faces vestibulares e têm uma forma de cunha com muito pouca ou nenhuma recessão interproximal e os tecidos gengivais apresentam-se com as características normais de textura e cor, sem qualquer sinal de inflamação.⁽³³⁾

Num estudo realizado em 2007, que consistia na recolha e análise de artigos, verificou-se que apenas num estudo havia redução significativa das recessões gengivais nas superfícies gengivais ao fim de 18 meses. Em 17 dos artigos, defendia-se que não havia nenhuma relação entre a frequência de escovagem e a presença de recessão gengival e só apenas 8 afirmavam que quanto maior a frequência de escovagem maior a prevalência de recessão gengival.⁽⁴¹⁾

Khocht *et al.* defendiam que o “uso de escovas com cerdas duras se encontrava associado a recessões gengivais mas que a frequência de escovagem não”, no entanto outros estudos afirmavam precisamente o contrário, sugerindo que um aumento da frequência da escovagem estava associado ao desenvolvimento de recessões gengivais.⁽¹⁷⁾

Dörfer e Joerss, num estudo demonstram que existe alguma associação entre a escovagem dentária e a evolução de recessões gengivais pré-existentes.⁽⁴⁰⁾

Quanto à utilização das escovas eléctricas, devido à sua grande capacidade de remoção de placa bacteriana, aumenta o risco de desenvolvimento de recessões gengivais. Em contrapartida, apenas um estudo afirma que as escovas manuais causam mais recessão gengival que as escovas eléctricas.⁽⁴⁰⁾

Em 2001, num estudo, Tezel *et al.* realizou a avaliação da frequência das recessões gengivais não-inflamatórias consoante se os indivíduos eram esquerdinos ou destros. Encontrou-se uma maior quantidade de recessões em esquerdinos que em pessoas que utilizavam preferencialmente a mão direita. Em ambos os casos eram encontradas mais recessões a nível dos pré-molares, seguidos dos caninos, essencialmente maxilares. Para além disso também se verificou que o número de recessões e a sua gravidade aumentavam com o aumento das escovagens, do uso de pastas abrasivas e do uso de escovas com cerdas duras.⁽⁴³⁾

Já Stoner e Mazdyasna encontraram maior frequência de recessão gengival nos incisivos inferiores do lado esquerdo, provavelmente devido à maior força exercida nesta região por pessoas destrás durante a escovagem.⁽²¹⁾

1.4.4.3. Placa Bacteriana e Doença Periodontal

A inflamação dos tecidos gengivais marginais induzida pela acumulação de placa bacteriana é um dos factores diretamente associado à recessão gengival.^(17-19,21-23,26,29,34,45)

Parffit e os seus colaboradores verificaram que “os dentes em que havia maior dificuldade de higienização, houve um maior acúmulo de biofilme bacteriano, gengivite, com maior gravidade e maior prevalência de recessão gengival”.⁽²¹⁾

Já a gengivite induzida por placa encontrada no estudo realizado por Slutzkey e Levin não apresentava qualquer relação com a presença de recessão gengival. E os autores chegam mesmo a afirmar que “ as recessões gengivais ocorrem mais frequentemente em pacientes com boa higiene oral do que com uma má higiene oral”, o que pode estar associado a uma escovagem agressiva.⁽²³⁾

Slutzkey e Levin encontraram também uma “correlação negativa entre a placa visível na superfície vestibular dos dentes e o surgimento de recessões gengivais” sendo que dos 63,5% dos pacientes com placa bacteriana observada, 12% apresentavam recessão gengival.⁽²³⁾

Chrysanthakopoulos defende que a recessão gengival apresenta grande associação a altos níveis de placa bacteriana e que também existe uma forte relação entre a recessão gengival e a existência de doença periodontal.⁽¹⁸⁾

Num estudo levado a cabo em mulheres da Tanzânia verificou-se que a prevalência de placa bacteriana era de 100%, o que estava diretamente relacionado com o baixo grau de escolaridade na região. No entanto, neste caso verificou-se que eram encontradas mais recessões gengivais em pacientes com muito má higiene oral (58%).⁽²⁹⁾

Alguns autores questionam-se se é a recessão gengival que dificulta a higienização dentária ou se é a deposição de placa bacteriana que favorece o desenvolvimento da recessão.⁽²¹⁾

No entanto, se nos depararmos com casos em que há o desenvolvimento progressivo de recessões gengivais associado a perda óssea alveolar, estamos perante uma doença periodontal ativa que pode ser induzida por placa bacteriana.⁽⁴⁶⁾

A doença periodontal é caracterizada por perda de osso alveolar, perda de attachment acompanhada de migração apical do epitélio juncional. O resultado desta perda de attachment é expressa no aumento da bolsa periodontal ou sob a forma de recessão gengival.^(17,22)

Quando associada à doença periodontal, a recessão gengival pode afectar todas as faces dos dentes e ainda atinge o osso interdentário, levando à sua perda o que, com a evolução da doença, resulta em espaços aumentados chamados de triângulos negros.⁽¹⁷⁾

1.4.4.4. Tratamento Periodontal

Outro factor importante é o próprio tratamento periodontal que, ao ser realizado pode resultar em recessões gengivais uma vez que com a diminuição da inflamação gengival ocorre também contração dos tecidos gengivais.^(17,28,34)

O trauma causado pelos procedimentos periodontais nos tecidos gengivais também irá ser responsável pela possível recessão criada e não nos podemos esquecer que, após este ocorre, normalmente, uma recessão generalizada, mesmo que seja mínima.⁽¹⁷⁾

Num estudo de Furlan *et al.*, após serem sujeitos a tratamento periodontal, surgiram recessões gengivais em 50,50% da população estudada.⁽²⁸⁾

Várias técnicas cirúrgicas são também responsabilizadas por causar recessões gengivais como, por exemplo a técnica do retalho reposicionado apicalmente que é responsável por criar grandes recessões.⁽¹⁷⁾

1.4.4.5. Factores locais retentores de placa

1.4.4.5.1. Restaurações dentárias

Segundo Padbury e os seus colaboradores, as áreas da Periodontologia e da Dentisteria cruzam-se em vários pontos, como por exemplo, “a localização de margens de restaurações, nos contornos de coroas, e a resposta dos tecidos gengivais aos preparos para as restaurações”.⁽⁴⁷⁾

Atualmente sabe-se que restaurações com um contorno incorreto vão resultar na acumulação de placa bacteriana e, por vezes, na invasão do espaço biológico que é definido como a dimensão dos tecidos moles desde a porção gengival que se encontra aderida ao dente até à crista do osso alveolar e que é, normalmente, aceite como sendo 2mm.⁽⁴⁷⁾

Vários autores afirmam que as restaurações com margens subgingivais podem ser a causa de muitas recessões gengivais devido à acumulação placa bacteriana, à inflamação gengival e à perda óssea.^(17,18,22,37,47,48)

Renggli e Regolati conseguiram provar que, em casos em que existam restaurações com margens infragengivais, comparativamente com as superfícies dentárias sãs, existe uma maior acumulação de placa bacteriana.⁽⁴⁷⁾

Broadbent *et al.* afirmam que normalmente as restaurações subcontornadas resultam num aumento de acumulação de placa bacteriana e, consequentemente perda de attachment e recessão gengival, no entanto, indica haver ainda muita controvérsia no que toca ao aumento da predisposição de destruição periodontal devido à presença de restaurações inter-proximais.⁽⁴⁸⁾

Já em 2011, no estudo de Pourabbas, foram restaurados dentes que apresentavam cáries infragengivais e, todos estes casos, mesmo apresentando restaurações subgingivais, após o correto tratamento e o período de cicatrização dos tecidos gengivais, deixaram de apresentar quaisquer sinais de inflamação na avaliação final, indicando que, utilizando os materiais corretos para a restauração podem ser atingidos resultados aceitáveis sob o ponto de vista da biocompatibilidade.⁽³⁷⁾

Quanto à localização das margens das restaurações, esta depende de vários factores como questões estéticas, necessidades retentivas, susceptibilidade ao desenvolvimento de cáries radiculares e a extensão da recessão gengival, no entanto, se estes factores não influenciarem o resultado final de forma significativa, é preferível realizar restaurações com margens supragengival.⁽⁴⁷⁾

Em casos em que é necessário a presença de uma restauração muito próxima da crista alveolar, será indicado uma cirurgia de alongamento coronário ou a execução de extrusão ortodôntica para manter a integridade do espaço biológico.⁽⁴⁷⁾

1.4.4.5.2. Cálculo Dentário

Vários estudos têm demonstrado que os cálculos são um importante factor etiológico no desenvolvimento de uma recessão gengival.^(17–19,21,22,26,29)

O papel dos cálculos supra-gengivais e infra-gengivais enquanto factores de acumulação de placa bacteriana tem sido bastante descrito e Tugnait afirma que “se encontrou uma correlação entre as recessões gengivais e os cálculos supra e infra-gengivais em adultos jovens que não tenham sido sujeitos a cuidados profiláticos orais”.⁽¹⁷⁾

A explicação sugerida para esta associação entre o desenvolvimento de recessões gengivais e a presença de cálculos consiste no afastamento mecânico dos tecidos gengivais pelos depósitos de cálculos bem como das toxinas tanto provenientes da placa microbiana como das presentes nos cálculos.⁽²⁹⁾

Outros autores defendem que “apesar do cálculo ser agressivo para os tecidos periodontais, especialmente pela retenção adicional que fornece para a acumulação de placa dentária e a consequente destruição periodontal (...) a sua presença em locais com recessão gengival leva a crer que é uma consequência e não uma causa, uma vez que as superfícies radiculares são menos favoráveis de ter uma auto-limpeza do que as que não sofreram alterações”.⁽¹⁹⁾

Trott e Love no seu estudo encontraram “25,5% dos casos de incisivos inferiores com recessão”.⁽²¹⁾

Já Mumghamba *et al.* afirmam que se encontram mais recessões em lingual dos dentes inferiores do que em vestibular devido à deficiente higiene conseguida nesses locais levando à rápida formação de cálculos nas regiões da abertura dos ductos caninares.⁽²⁹⁾

Chrysanthakopoulos no seu estudo verificou que 67,16% da população estudada apresentava cálculos subgengivais enquanto que 32,84% apresentavam cálculos supragengivais no entanto, verificou-se que a presença de cálculo supra-gengival tem uma maior associação com recessões gengivais tanto sob a forma localizada como generalizada.⁽¹⁸⁾

Desta forma, a permanência do cálculo no local será determinante no começo do desenvolvimento de recessões gengivais.⁽¹⁷⁾

1.4.4.5.3. Prótese Dentária

Estudos indicam que os casos de próteses dentárias removíveis muco-suportadas apresentam uma maior absorção óssea nos tecidos de suporte que em casos de próteses dento-suportadas. Essa reabsorção resulta em perda de suporte da prótese acabando por causar dano gengival acompanhado de recessões gengivais.⁽⁴⁶⁾

Patel *et al.* afirmam que muitas vezes surgem pacientes portadores de próteses parciais com um desenho pouco adequado e que acabam por causar defeitos gengivais como as recessões.⁽³³⁾

O estudo levado a cabo por Wright e Hellyer demonstrou haver associação entre a utilização de próteses removíveis e recessões gengivais mais extensas, no entanto não conseguiu prever nenhuma consequência da falta de suporte dentário, do tipo de material utilizado, ou da cobertura das margens gengivais por lingual.⁽⁴⁶⁾

No âmbito das cirurgias pré-protéticas, Jyoti e os seus colaboradores verificaram que utilizando técnicas cirúrgicas com laser pulsátil, nos resultados surgiam menos casos de recessão gengival que recorrendo a técnicas cirúrgicas convencionais, sendo portanto menos agressivas.⁽⁴⁹⁾

No campo da implantologia, num estudo de Tandara, avaliaram as alterações gengivais que ocorriam em torno de implantes dentários e, em 15 pacientes com implantes, 8 apresentavam recessões gengivais com consequente exposição do pilar de pelo menos 1mm. É de salientar que a estes casos de recessões, em média, estavam associados índices de placa bacteriana de 62,5%.⁽⁵⁰⁾

Já num outro estudo apresentado por Galluci *et al.*, avaliaram o sucesso de 5 implantes e das próteses fixas implanto-suportadas e verificaram que, no que dizia respeito a recessões gengivais, todos os casos apresentavam recessões com valores inferiores ou iguais a 0,5mm, o que se enquadrava nos padrões de sucesso.⁽⁵¹⁾

Warrer *et al.* conclui que se a acumulação de placa na região de interface do implante e dos tecidos gengivais, então as recessões vão ocorrer podendo mesmo levar à perda de estabilidade do implante.⁽⁵²⁾

1.4.4.6. Factores Anatômicos

1.4.4.6.1. Componente Alveolar

O desenvolvimento de recessões gengivais está fortemente associado à ausência de osso alveolar local.^(17,18,20–22,33,34,36)

Kassab e Cohen afirmam que “as fenestrações e as deiscências do osso alveolar, posição anormal do dente na arcada, vias de erupção dentárias anómalas e a forma individual do dente” são factores anatómicos que podem resultar em corticais ósseas mais finas e mais susceptíveis de sofrerem reabsorção.^(17,20–22,33,36)

Uma determinada espessura óssea funciona como um factor que impede a migração da margem gengival para apical, desta forma, se estivermos perante uma cortical óssea demasiado fina, a recessão aumentará até encontrar uma área óssea mais espessa.⁽²¹⁾

As deiscências e as fenestrações são muito importantes na etiologia da recessão gengival e podem ser divididas em deficiências ósseas de desenvolvimento (anatômicas) ou adquiridas (fisiológicas ou patológicas).^(20,21)

As deiscências anatômicas podem ser formadas quando a direcção da erupção dentária leva a uma posição demasiado vestibular ou lingual da raiz, ou quando a espessura vestibulo-lingual da raiz é superior à espessura vestibulo-lingual do alvéolo. As deiscências fisiológicas adquiridas ocorrem quando os dentes assumem posições em que a raiz ultrapassa a cortical óssea devido a forças causadas, por exemplo, no tratamento ortodôntico. Já no caso das deiscências adquiridas patológicas, estas ocorrem quando há dano periodontal induzido pela presença de placa bacteriana.^(17,20,21)

Kassab e Cohen afirmam que é mais provável o desenvolvimento de deiscências ósseas em dentes longos e estreitos que dentes mais curtos e largos.⁽²⁰⁾

Arowojolu apresentou dados que defendiam que na presença de dentes com uma disposição vestibular no osso alveolar, apresentavam corticais vestibulares finas ou mesmo ausentes.⁽¹⁸⁾

Kassab *et al.* apresenta estudos que defendem a existência de uma relação entre padrões de erupção e o surgimento de recessões gengivais.⁽²⁰⁾

Assim, Wehrbein tentou simplificar a avaliação óssea defendendo que casos em que haja “(...) um alvéolo alto e estreito na região dos incisivos inferiores, pequenas deiscências ósseas já podem estar presentes nas superfícies lingual e vestibular (...)”.⁽²¹⁾

Assim, Maynard e Wilson propuseram uma classificação de quatro tipos periodontais conforme o risco de desenvolver recessão gengival apresentados na tabela seguinte, sendo que o tipo 4 é o de maior risco. (Tabela 6)

Tipos Periodontais	Características Anatômicas
Tipo 1	Dimensões gengivais (3 a 5mm de altura gengival e espessura favorável quando da palpação) e espessura óssea normais ou “ideais”
Tipo 2	Dimensões gengivais diminuídas (menos de 2mm de altura da mucosa queratinizada) e espessura óssea vestibulo-lingual normal ou “ideal”
Tipo 3	Dimensões gengivais normais e espessura óssea diminuída, sendo que a proeminência da raiz dentária pode ser facilmente palpada com o dedo
Tipo 4	Dimensões gengivais (menos de 2mm de altura da mucosa queratinizada) e espessura óssea diminuídas

Tabela 6: Classificação dos tipos periodontais de Maynard e Wilson

Addy propõe uma hipótese em que a cortical óssea vestibular fornece grande parte do suprimento sanguíneo à gengiva vestibular. Desta forma, a perda óssea alveolar irá estar associada a uma diminuição do suprimento da gengiva e conseqüentemente ocorre a recessão gengival.⁽³⁶⁾

1.4.4.6.2. Componente Gengival

Existem vários dados que apresentam as dimensões, tanto qualitativas como quantitativas da gengiva queratinizada como sendo um factor etiológico da recessão gengival.^(17,19,21,22,34,36)

Antigamente julgava-se que era necessário haver uma certa largura de gengiva para manter a saúde dos tecidos periodontais, que segundo Stoner e Mazdyasna, se esta fosse inferior a 1-2mm iria resulta numa maior probabilidade de originar recessões gengivais.^(17,21)

Hoje em dia já está comprovado que não há largura mínima necessária, desde que haja uma correta e eficiente higiene oral.^(17,21)

Com os estudo de Schoo e Van der Velden acompanhou-se a progressão de casos com recessões já instaladas e verificou-se que estas não evoluíam se houvesse um controlo rigoroso e adequado da placa bacteriana, o que demonstrava que a quantidade de mucosa queratinizada não constitui um factor crítico para a formação de recessão gengival. E estes estudos foram apoiados por muitos outros semelhantes de, por exemplo, Behrents e Bissada ou de Kenneddy *et al.*⁽²¹⁾

Alguns autores defendem que apresenta maior importância a espessura da gengiva marginal do que a altura da mucosa queratinizada.⁽²¹⁾

Outro factor a ter em conta é a textura e espessura da gengiva. Segundo Tugnait, a gengiva fina e frágil constitui um factor predisponente para a ocorrência de recessão gengival quando na presença de placa, inflamação ou trauma.⁽¹⁷⁾

São apresentados por vários autores dois fenótipos distintos de gengiva vestibular:

- Um fenótipo espesso, caracterizado por uma ampla zona de gengiva aderida e uma gengiva vestibular espessa, estando os dentes menos susceptíveis a criar recessões gengivais;
- Um fenótipo fino caracterizado por uma região de gengiva aderida mais estreita e uma vertente vestibular com gengiva mais fina, em que os dentes estão mais sujeitos a desenvolver recessão gengival.⁽³⁶⁾

No entanto, vários autores ainda afirmam que são necessários mais estudos no que toca à espessura da gengiva e a sua associação à recessão gengival.⁽³⁶⁾

Em vários estudos tem-se observado que os dentes onde ocorre mais recessão gengival possivelmente relacionada com características da gengiva queratinizada são os mandibulares possivelmente devido ao facto da gengiva maxilar ser maior e mais espessa.⁽¹⁹⁾

1.4.4.7. Mau Posicionamento Dentário

Tem sido referido por vários autores que o mau posicionamento dentário localizado pode estar associado ao desenvolvimento de recessão gengival.^(17,18,20–22,33,34)

A posição na qual o dente vai erupcionar na arcada vai afectar a quantidade de gengiva em torno do dente, isto é, se o seu trajeto de erupção resultar numa posição perto da linha mucogengival, haverá pouca ou nenhuma gengiva queratinizada vestibularmente e a recessão gengival pode ocorrer.⁽¹⁷⁾

Yared *et al.* defendem que dentes que se encontrem vestibularizados ou que tenham sofrido rotação têm maior probabilidade de apresentar recessões gengivais.⁽²¹⁾

Num estudo de 2009, que avaliava a relação entre a má posição dentária e o desenvolvimento de recessões gengivais, os dados obtidos demonstram que havia mais dentes vestibularizados associados com recessões gengivais que dentes com posições normais ou lingualizados.⁽¹⁸⁾

Também Andlin-Sobocki e Bodin verificaram num estudo realizado a crianças com idades compreendidas entre os 7 e 12 anos que os dentes vestibularizados apresentavam áreas de mucosa queratinizada mais finas, do que os dentes lingualizados.⁽²¹⁾

Já Stoner e Mazdyasna observaram “que os incisivos inferiores que apresentavam recessão estavam frequentemente vestibularizados”.⁽²¹⁾

1.4.4.8. Ortodontia

Muitos pacientes dirigem-se à consulta de Medicina Dentária para realizar tratamento ortodôntico de forma a melhorar a estética, essencialmente da porção anterior das arcadas.^(53,54)

À etiologia multifactorial da recessão gengival tem-se sugerido, muitas vezes, adicionar o facto de o paciente já ter sido sujeito a tratamento ortodôntico prévio. Esta sugestão deve-se essencialmente à forte correlação que se tem encontrado entre esta variável e a extensão e severidade da recessão gengival.^(20,22,53)

A execução de um tratamento ortodôntico pode ter como objectivos a estabilização da oclusão para uma melhor mastigação e dicção, bem como para aumentar a autoestima do paciente, no entanto, para alcançar estes objectivos, os ortodontistas não se podem apenas focar nos princípios biomecânicos pois, é nestes casos que surgem a maioria dos efeitos adversos destes tratamentos.⁽⁵⁵⁾

As recessões gengivais, quando relacionadas com tratamentos ortodônticos, normalmente estão associadas à utilização de aparelhos fixos devido à dificuldade de manter uma boa higiene oral por parte do paciente e depende também do médico a motivação e as instruções de higiene oral para que se consiga um sucesso no tratamento pois, caso contrário, podem surgir vários efeitos adversos, desde coronários, radiculares, pulpaes até periodontais (gengivite, periodontite, recessão gengival e a formação de triângulos negros).^(53,55,56)

Por este motivo é aconselhado fazer tratamentos ortodônticos em pacientes que não apresentem condições precárias de higiene oral.⁽²¹⁾

Por outro lado, Trosselo e Gianelly afirmam que, “alguns pacientes estão conscientes da importância dos cuidados de higiene oral” durante o tratamento ortodôntico e por vezes apresentam hábitos de escovagem vigorosos e agressivos, podendo resultar em recessão gengival.⁽²¹⁾

Nos tratamentos ortodônticos há que ter atenção ao fenótipo gengival (em que a gengiva fina é um factor predisponente), à espessura das corticais ósseas (essencialmente vestibulares e linguais) e ainda à presença de superfícies radiculares proeminentes.^(53,57)

Na realidade, atualmente existem diversos estudos que comprovam esta sugestão mas também muitos que a contrariam.⁽⁵⁸⁾

Segundo Ruf *et al.*, num estudo realizado em 1998, avaliou-se a presença de recessões gengivais antes do tratamento ortodôntico (nos casos de pro-inclinação dos incisivos inferiores) e, se havia casos em que se desenvolviam novas recessões gengivais e a evolução das pré-existentes. Verificou-se que a pro-inclinação dos incisivos inferiores não é responsável pela formação de recessões gengivais uma vez que não houve alterações estatisticamente significativas no que toca à quantidade e severidade das recessões pré-existentes, concluiu-se que o desenvolvimento da recessão gengival é pouco previsível e que depende de vários factores individuais como a presença de gengiva fina, fenestrações ou deiscências ósseas e a qualidade da higiene oral.⁽⁵⁸⁾

Segundo Allais *et al.*, num estudo em que se avaliava se a vestibularização dos incisivos mandibulares causava recessões gengivais, verificou-se que em 85% dos casos não houve alterações ao nível da gengiva marginal, que em 5% as recessões pré-existentes melhoram e que em 10% surgiram novas recessões gengivais, concluindo que são necessários mais estudos para verificar se o tratamento ortodôntico constitui um factor de risco para a recessão gengival.⁽⁵⁹⁾

Furlan e os seus colaboradores afirmam que no seu estudo em que avaliaram a incidência de recessão gengival, “não foram encontradas diferenças significativas em pacientes que já tinham realizado tratamento ortodôntico previamente quando comparados com os pacientes que nunca realizaram este tipo de tratamento”.⁽²⁸⁾

Slutzkey e Levin verificaram no seu estudo que 8,4% dos pacientes que tinham sido sujeitos a tratamento ortodôntico prévio apresentavam recessões gengivais maiores ou iguais a 3mm, comparativamente a 0,9% dos indivíduos que não tinham sido sujeitos a tratamento ortodôntico.⁽²³⁾

Outros estudos afirmam que as intervenções ortodônticas que melhorem as condições anatómicas e funcionais podem limitar o desenvolvimento de recessões gengivais, podendo mesmo induzir o “reattachment espontâneo”.⁽⁵³⁾

Seria de esperar que, com o alinhamento dos dentes, resultante do tratamento ortodôntico, ao conseguir-se realizar uma melhor higiene dentária, iria melhorar a saúde periodontal, no entanto isto nem sempre se verifica, impossibilitando assim afirmar que tratamento

ortodôntico é favorável para a saúde periodontal e a sua utilização depende em grande parte da opinião do ortodontista em questão.⁽⁵⁸⁾

Alguns autores chegam mesmo a defender uma prevalência de 1,3 a 10% de casos com recessão gengival quando estamos perante ortodontia fixa.⁽⁵⁶⁾

Num estudo realizado para avaliar a formação das recessões gengivais na correção fixa da pro-inclinação em incisivos centrais mandibulares, realizado em 2002, os autores afirmam não ter encontrado qualquer relação apesar de 12% dos pacientes apresentarem recessões e de haver 40% de aumento do comprimento da coroa clínica.⁽⁵⁶⁾

Hoje em dia defende-se que se existirem 2mm de gengiva queratinizada, esta consegue resistir às forças ortodônticas prevenindo assim a formação das recessões e, por isso mesmo, é necessário avaliar o local correto para aplicar a força, pois caso contrário poderá ser necessário um enxerto gengival prévio à terapia ortodôntica de forma a prevenir o desenvolvimento de recessões gengivais.^(56,60)

Tugnait e Clerehugh afirmam que “movimentos dentários como a pro-inclinação dos incisivos mandibulares e a expansão de arcadas estão associados a um maior risco de desenvolver recessões gengivais que outros tratamentos ortodônticos”.⁽¹⁷⁾

No entanto, a recessão gengival, quando relacionada com o tratamento ortodôntico, não ocorre apenas devido à ação de forças. Existem relatos de recessões gengivais criadas por iatrogenia na utilização de bandas ortodônticas de borracha que migram apicalmente para o sulco gengival e que, por não serem visíveis nem detectáveis radiograficamente, permanecem lá resultando em inflamação gengival que, caso não seja detectada a tempo, pode levar à perda óssea e consequentemente à recessão gengival.⁽⁶¹⁾

Desta forma, o ortodontista deverá evitar qualquer sequela do tratamento ortodôntico e, para evitar o desenvolvimento de recessões gengivais tem que considerar fundamental o respeito pelas características histológicas e anatómicas do periodonto.⁽⁶⁰⁾

1.4.4.9. Trauma Oclusal

O ligamento periodontal é uma estrutura especializada que funciona como a interface entre o dente e o osso alveolar e que contém receptores:

- Proprioceptores para o movimento e o posicionamento;
- Mecanoreceptores para a dor, o toque e a pressão.^(12,62)

Em condições fisiológicas as forças oclusais são absorvidas e distribuídas pelo ligamento periodontal que as transfere, posteriormente, para o osso alveolar.^(12,62)

São estes receptores que controlam a função muscular e as forças oclusais de forma a que não haja dano dentário ou do osso alveolar, no entanto não nos podemos esquecer que sem o estímulo funcional da oclusão não se mantém um ligamento periodontal e um osso alveolar em condições fisiologicamente saudáveis.⁽⁶²⁾

É consoante as forças (magnitude, duração e direção) que o osso alveolar e o ligamento periodontal reagem:

- Forças fisiológicas da oclusão ao mastigar e digerir, que raramente excedem os 5 N que são essenciais para manter o osso alveolar e o periodonto saudáveis;
- Forças de impacto que têm pouca duração mas grande magnitude que, normalmente, são suportáveis pelo periodonto sem causar danos.
- Forças contínuas como por exemplo as resultantes do tratamento ortodôntico, são forças de baixa magnitude mas que são aplicadas continuamente numa direção;
- Forças intermitentes em duas direções diferentes como por exemplo contactos prematuros em restaurações.⁽⁶²⁾

O trauma oclusal é entendido como a presença de alterações patológicas ou adaptativas do periodonto. Este dano tecidual é resultado de forças oclusais excessivas que podem levar a, por exemplo, aumento da mobilidade dentária.⁽⁶²⁻⁶⁴⁾

As forças oclusais excessivas capazes de causar uma oclusão traumática são, por exemplo, as restaurações, coroas ou próteses fixas com um inadequado ajuste oclusal; a perda de dentes sem reposição, o tratamento ortodôntico; próteses parciais removíveis e hábitos parafuncionais como o bruxismo.^(62,64)

Os traumas oclusais podem ser classificados em trauma primário ou secundário.^(62,64)

O trauma primário é causado por forças oclusais excessivas e não fisiológicas em dentes que têm um periodonto saudável.^(62,64)

Pode ser causado por forças temporárias com uma única direção, como as forças ortodônticas, que resultam em zonas de compressão e de tensão no ligamento periodontal o que leva à reabsorção; ou então, como já referido anteriormente, por forças “jiggling” que resultam em alterações histológicas muito mais complexas, não tendo zonas distintas de tensão e pressão.^(62,64)

O trauma secundário resulta de interferências a nível oclusal de dentes com periodonto inflamado, em que se verifica, clinicamente, a reabsorção óssea e a formação de defeitos infra-ósseos.^(62,64)

Para alguns autores, o trauma oclusal não é capaz de induzir a destruição do tecido periodontal, mas pode levar a reabsorção óssea e consequentemente ao aumento da mobilidade dentária.⁽¹²⁾

Primeiro é necessário ter em conta que os dentes apresentam uma certa mobilidade horizontal que é fisiológica resultado das características histológicas do ligamento periodontal, e que esta varia de dente para dente. (Tabela 7)⁽⁶²⁾

Dentes	Mobilidade horizontal fisiológica
Incisivos	0,1-0,12 mm
Caninos	0,05-0,09 mm
Pré-molares	0,08-0,1 mm
Molares	0,04-0,08 mm

Tabela 7: Mobilidade fisiológica média por tipo de dente

Assim, foi realizado um estudo em 2008 para determinar a relação entre a presença de mobilidade dentária (sinal indicativo de trauma oclusal) e o desenvolvimento de recessão gengival. Verificou-se que 34,6% dos pacientes que tinham recessão gengival apresentavam também mobilidade dentária, comparativamente com 7,8% dos pacientes que não tinham recessão gengival. Desta forma, a probabilidade de desenvolver recessão gengival em dentes com mobilidade é 6,2 vezes superior que em dentes sem mobilidade.⁽⁶⁵⁾

Esta correlação entre a recessão gengival e o trauma oclusal já tinha sido defendida à muito tempo por Stillman e este já tinha descrito a recessão gengival típica na presença de interferências oclusais. Estas eram semelhantes a fendas estreitas de forma triangular na superfície vestibular da gengiva que reveste os dentes.⁽⁶⁵⁾

Do mesmo modo, Box, Miller e McCall, concordavam com Stillman e ainda afirmavam que os dentes que estavam sujeitos a trauma oclusal apresentavam também facetas de desgaste e contatos oclusais demasiado fortes.⁽⁶⁵⁾

Contrapondo estas afirmações, no estudo de 2008, não se conseguiu mostrar relação entre a presença de facetas de desgaste e o desenvolvimento de recessão gengival.⁽⁶⁵⁾

Harrel e Nunn realizaram um estudo em que “70% dos dentes com distúrbios funcionais apresentavam recessões”. Já Gorman não conseguiu provar esta relação.⁽⁶⁵⁾

Existe também uma teoria em que, devido à oclusão traumática, ao aumentar a mobilidade dentária, vai haver uma mudança no ecossistema das bolsas periodontais o que favorece assim o desenvolvimento de bactérias e consequentemente o desenvolvimento da doença periodontal acompanhada de recessões gengivais.⁽⁶²⁾

Tendo em conta as classificações de má-oclusões, existem algumas que são consideradas como prejudiciais para o periodonto como a mordida profunda anterior em que há recessão em lingual dos incisivos superiores; ou a mordida cruzada anterior em que surgem recessões gengivais nos incisivos inferiores. Nestes casos, os pacientes iriam beneficiar com o tratamento ortodôntico, não só a nível estético mas também a nível periodontal, partindo do pressuposto que, se as má-oclusões criam problemas periodontais, então corrigindo-as também iria diminuir a doença periodontal.⁽⁵⁴⁾

Segundo vários estudos, indivíduos com má-oclusões severas têm maior prevalência e severidade de doença periodontal. No entanto também não podemos afirmar que a má-oclusão é a causa da doença periodontal.⁽⁵⁴⁾

Existem estudos que demonstram que com a utilização do tratamento ortodôntico para a correção das má-oclusões há um agravamento da doença periodontal. Desta forma não podemos afirmar, nem que a má-oclusão nem que o tratamento ortodôntico são a causa da diminuição da saúde periodontal visto que estas podem apenas ter um efeito limitado comparativamente com influências comportamentais e condições genéticas.⁽⁵⁴⁾

1.4.4.9. Piercings

A arte corporal alternativa, que compreende, por exemplo, a elaboração de tatuagens, escarificações e da colocação de piercings em variadas regiões corporais.⁽⁶⁶⁾

Atualmente, os motivos pela quais se realiza a colocação de piercings corporais varia entre rituais tradicionais de determinados grupos étnicos e a colocação apenas por motivos estéticos. Esta última situação começa a fazer mais sentido hoje em dia uma vez que tem ganho popularidade da população mais jovem em diversas áreas corporais como a face, a boca, os órgãos sexuais, etc.).^(66,67)

Nos tecidos orais e periorais, as regiões onde comumente se colocam piercings são os lábios e a língua. No entanto, este tipo de arte a nível oral tem vindo a ser relacionada com problemas dentários (por exemplo, fraturas) e gengivais (por exemplo, recessões gengivais).⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾

Hoje em dia defende-se que existe uma associação entre os piercings orais e a recessão gengival, no entanto, não é possível demonstrar a sua causalidade mas sim a sua provável contribuição.⁽⁶⁸⁾

Esta prática tem vindo a ser relacionada com recessões nos incisivos inferiores (essencialmente os centrais) na superfície lingual no caso dos piercings linguais e na superfície vestibular no caso dos piercings labiais.⁽⁶⁷⁾

Num estudo levado a cabo no Brasil em 2010 por Pires *et al.*, avaliaram-se 60 jovens com piercing lingual e 120 sem piercing lingual. Verificou-se que 80% dos indivíduos com piercing apresentavam recessão gengival enquanto que apenas 34,2% dos que não tinham piercings apresentavam a mesma condição gengival. Para além disto, observou-se também que quem tinha piercing lingual tinha também uma probabilidade 11 vezes maior de desenvolver recessão gengival a nível da superfície lingual dos incisivos mandibulares.⁽⁶⁸⁾

Neste mesmo estudo, tal como em outros estudos, defendiam que estes danos criados a nível gengival eram criados em pequenos períodos de tempo, uma vez que os indivíduos tinham colocado os piercings no máximo à 48 meses.⁽⁶⁸⁾

Um outro caso é apresentado por Chambrone *et al.* em que um indivíduo com piercing labial também apresentava recessões gengivais nos incisivos mandibulares mas, neste caso,

na superfície vestibular destes. No entanto, os danos costumam ser maiores em pessoas que usam piercing lingual.⁽⁶⁷⁾

Estes casos são compreensíveis se aceitarmos a presença dos piercings como um meio de causar trauma nos tecidos gengivais e dentários por contacto.⁽⁶⁶⁻⁶⁸⁾

A primeira atitude do médico dentista será incentivar o paciente a remover o piercing e, após a avaliação periodontal, se necessário, proceder à realização de um tratamento cirúrgico.⁽⁶⁷⁾

Para além dos problemas gengivais, também se observam fraturas dentárias, hipersensibilidade dentinária, inflamação labial, crescimento tecidual localizado, migração dos objetos metálicos nos tecidos, condições patológicas como infecções bacterianas, edema e alergias.⁽⁶⁷⁾

1.4.4.10. Nutrição

A saúde oral está direta ou indiretamente relacionada com a alimentação. Diferentes níveis de nutrição vão afectar o desenvolvimento craniofacial e influenciam doenças como a cárie dentária e a doença periodontal.⁽⁶⁹⁾

A possível relação entre a doença periodontal e o estado nutricional tem desde à muito tempo despertado interesse na comunidade científica, no entanto ainda não existem resultados concretos que identifiquem os papéis de certos nutrientes bem como de uma nutrição completa no aparecimento e desenvolvimento da patologia periodontal.⁽⁷⁰⁾

Está cientificamente comprovado que existem vários factores que influenciam o desenvolvimento de doenças periodontais, mas tem-se sugerido, ultimamente, a possível existência de uma relação entre a nutrição e estas patologias.⁽⁷¹⁾

A obesidade, é uma condição clara de nutrição desequilibrada e caracteriza-se por uma acumulação excessiva de gordura corporal, sendo considerada, atualmente, um dos mais graves problemas de saúde pública.^(72,73)

Sabe-se que com a obesidade e as suas condições metabólicas, a imunidade individual pode estar afectada e, com o aumento dos níveis de lípidos e de glicose, pode haver uma

resposta inflamatória maior acompanhada de uma alteração na funcionalidade de células como os neutrófilos e macrófagos resultando numa maior destruição tecidual em caso de doença periodontal devido à incapacidade de reparação dos tecidos.^(72,73)

Atualmente, já se compreende que uma má-nutrição vai também alterar negativamente os microrganismos presentes na cavidade oral e as propriedades da saliva.^(73,74)

Com uma nutrição deficiente há uma menor resistência à colonização e invasão destes microrganismos, por um aumento da vulnerabilidade do periodonto devido à diminuição da imunidade e ao dano progressivo da mucosa.^(71,73)

Indivíduos com uma má alimentação acabam por ter uma redução das imunoglobulinas A salivares o que resulta num aumento da formação da placa bacteriana.⁽⁷¹⁾

Num estudo realizado em África, compararam-se crianças com uma dieta completa e outras com uma pobre dieta energético-proteica e verificou-se que as que não tinham uma dieta completa apresentavam uma maior prevalência de microrganismos patogénicos na cavidade oral.⁽⁷¹⁾

Os factores nutricionais acabam por influenciar a síntese e a libertação de citocinas, bem como a ação biológica das citocinas. Vários estudos demonstraram que existe diminuição da produção de IFN- γ , por exemplo nos casos de deficiências de Vitamina A.⁽⁷¹⁾

A doença periodontal está diretamente relacionada com a produção de espécies de oxigénio reativo e os nutrientes antioxidantes encontram-se em frutas, vegetais, bagas e sementes. Estudos sobre esta relação estão ainda a ser levados a cabo.⁽⁶⁹⁾

Deste modo, a saúde oral irá beneficiar se a dieta for rica em frutas, vegetais, etc. e se for livre de açúcares e gordura.⁽⁶⁹⁾

Num estudo que pretendia avaliar o status de saúde oral e nutricional em pessoas idosas na população de Nairobi, observaram-se 289 pessoas com 45 ou mais anos de idade. Verificou-se que 82,5% das pessoas avaliadas apresentavam recessão gengival e que esta estava associada à mobilidade dentária. Para além disso, este estudo de 2008, apresentava a relação entre o status nutricional e a presença de recessão gengival e de mobilidade dentária como uma relação inversa.⁽⁷⁴⁾

Assim, pode-se deduzir que uma nutrição completa e que contenha um pouco de todos os tipos de alimentos poderá funcionar como prevenção da doença periodontal e das suas consequências como a recessão gengival.^(70,71)

1.4.4.11. Tabaco

Atualmente o uso do tabaco é muito comum (maioritariamente nos indivíduos do sexo masculino – 35%) e existem muitas formas de consumo de tabaco.^(12,75)

O tabaco é, geralmente, fumado sob a forma de cigarros, no entanto, em muitas civilizações é comum o uso de tabaco que não seja para fumar (ST- *Smokeless Tobacco*), podendo este ser mastigar ou de inalar.^(75,76)

O tabaco consiste numa complexa mistura de componentes, sendo muitos deles carcinogénicos estando já comprovado cientificamente a relação causa-efeito do hábito tabágico com várias doenças como a doença coronária periférica, AVC, úlceras gástricas e ainda, na cavidade oral, o cancro oral, a doença periodontal, a cárie dentária e muitas outras.^(12,75)

A maior parte dos indivíduos iniciam este hábito na adolescência, estando a maior prevalência presente na faixa etária dos 20 aos 24 anos.⁽¹²⁾

Vários comprovam que o uso de tabaco tem um impacto negativo na saúde periodontal e que indivíduos que sejam ex-fumadores têm um status periodontal melhor que os fumadores.⁽⁷⁵⁾

A nicotina, que provém do tabaco, ao ser absorvida nos pulmões aumenta a pressão sanguínea, o rácio cardíaco e o rácio respiratório, diminuindo no entanto a temperatura da pele através da vasoconstrição. Mas esta vasoconstrição não ocorre em todo o organismo, podendo mesmo, por exemplo no músculo esquelético causar vasodilatação.⁽¹²⁾

Com estes variados efeitos da nicotina a patogénese periodontal relacionada com o uso de tabaco ainda não é bem compreendida, havendo ainda muita controvérsia.^(12,75)

Com a utilização do tabaco há deposição de nicotina na raiz dentária e há um aumento da concentração de cotinina na saliva e no fluido crevicular, resultado da quase contínua exposição dos tecidos periodontais aos componentes do tabaco.^(22,75)

Pintado já defendia que “a expressão clínica da doença periodontal é alterada nos fumadores observando-se aumento da recessão gengival, da profundidade de bolsa e maior perda de inserção periodontal”.⁽⁷⁷⁾

Como apresenta na Tabela 8, existem várias hipóteses que tentam justificar o mecanismo de ação do tabaco na cavidade oral.⁽⁷⁵⁾

Segundo Warnakulasuriya <i>et al.</i> existem várias teorias que tentam explicar os mecanismos de ação do tabaco:
1. A primeira teoria, ainda inconclusiva, afirma que o tabaco afecta a composição da microflora oral devido a um decréscimo na quantidade de oxigénio presente nas bolsas periodontais, aumentando o desenvolvimento de bactérias anaeróbias que vão ter efeitos directos e indirectos nos tecidos periodontais.
2. A segunda teoria defende que o tabaco afecta a imunidade humoral e a mediada por células do hospedeiro o que pode aumentar a susceptibilidade à doença periodontal.
3. A terceira teoria afirma que a resposta inflamatória periodontal está alterada resultante do tabaco. Normalmente, os tecidos periodontais são bem visualizados e, nos fumadores há sinais de supressão a nível da inflamação e do BOP.
4. A última teoria garante que o tabaco afecta o metabolismo ósseo com o aumento da secreção de factores de reabsorção óssea (PGE_2 IL- 1β ⁷⁴) e diminuição da absorção intestinal de cálcio o que aumenta a susceptibilidade para a doença periodontal.
<u>Conclusão:</u> Sabe-se que o tabaco tem vários efeitos no organismo devido aos seus diferentes constituintes. Assim pode-se afirmar que o tabaco afecta o turnover fisiológico das estruturas de suporte dentário.

Tabela 8: Teorias explicativas do mecanismo de ação do tabaco na cavidade oral

Vários estudos já comprovaram que os fumadores têm bolsas mais profundas, maior perda de attachment, maior quantidade de recessão gengival, maior perda de osso alveolar, maior perda dentária, menor sangramento à sondagem e mais dentes com envolvimento de furca.⁽¹²⁾

Também se encontrou uma relação entre a presença de recessão gengival em pacientes fumadores que não apresentavam doença periodontal.⁽¹⁷⁾

Num estudo realizado na América do Norte em 565 rapazes com a idade média de 13,8 nos, a probabilidade de ter recessão gengival era 9 vezes superior nos que usavam tabaco, independentemente da forma de consumo.⁽⁷⁵⁾

A perda de *attachment* e o surgimento de recessão gengival ocorre, geralmente, em cerca de 25 a 30% dos indivíduos que utilizam ST.⁽⁷⁸⁾

Na Suécia realizou-se outro estudo semelhante com indivíduos do sexo masculino em que um aumento da recessão gengival era confirmado em 42% dos que usavam ST comparativamente a 17% dos que usavam tabaco para fumar.⁽⁷⁵⁾

Em Ohio, num outro estudo realizado em dois municípios rurais foram avaliados 73 homens que usavam ST e observou-se que o lado em que se mastigava o tabaco tinha duas vezes mais dentes com recessão que o lado que não mastigava o tabaco e esta proporção também se verificou na severidade das recessões.⁽⁷⁶⁾

Laboratorialmente, verificou-se que uma resposta inflamatória exacerbada induzida por ST vai conduzir para a recessão gengival nos locais em que se coloca o tabaco.^(12,75)

Em pacientes fumadores as recessões gengivais são mais encontradas nas faces vestibulares dos molares e pré-molares maxilares e nos incisivos centrais e pré-molares mandibulares.⁽¹⁷⁾

Outro tópico relevante no que toca aos hábitos tabágico é a cessação deste hábito, no entanto existe um escasso número de estudos feitos sobre este tema devido às dificuldades em motivar os pacientes a deixar de fumar.⁽⁷⁵⁾

Tang *et al.* afirma que no estudo que levou a cabo na Universidade de Adelaide a presença de recessões era superior em indivíduos fumadores ou ex-fumadores do que em pacientes que nunca fumaram.^(28,77)

Com um adequado tratamento periodontal, os ex-fumadores apresentam ao fim de 10 anos um status periodontal mais próximo do status dos indivíduos que nunca fumaram do que dos fumadores, podendo assim deduzir que, deixando de fumar haverá uma reversibilidade no impacto negativo deste hábito na saúde periodontal.⁽⁷⁵⁾

É também da responsabilidade do médico dentista a motivação do paciente para que este pare de fumar, tendo este um papel importante na preparação do paciente, na paragem do hábito e na permanência do paciente sem o hábito.⁽¹¹⁾

1.4.4.12. Álcool

A grande ingestão de álcool ou mesmo a considerada feita “socialmente” são considerados factores predisponentes para a doença periodontal devido aos seus efeitos nocivos à fisiologia do organismo humano.⁽¹²⁾

Muitos estudos já demonstraram que a dependência do álcool está associada a um aumento do risco para doenças orais como a cárie e a periodontite, no entanto, ainda não é claro se os efeitos do álcool na saúde oral são diferentes dos esperados em pessoas sem hábitos alcoólicos com o mesmo nível socioeconómico.⁽⁷⁹⁾

Julga-se que o álcool inibe o desenvolvimento da cárie dentária através da oxidação microbiana do etanol salivar dos pacientes alcoólicos porque leva à formação de acetaldeído. Também está comprovado que o álcool promove a libertação de flúor de certos materiais restauradores.⁽⁸⁰⁾

No que toca à doença periodontal, num estudo realizado em 2011, utilizando ratos do apenas do sexo feminino, verificou-se que, quando ingeridas grandes quantidades de álcool havia uma maior perda óssea oral resultante da periodontite induzida, no entanto, os próprios autores deste estudo afirmam que são ainda necessários mais estudos para alcançar a confirmação desta relação.⁽⁸¹⁾

Num outro estudo realizado posteriormente ficou demonstrado que os alcoólicos preferem usar escovas com cerdas mais duras, talvez para remover mais efetivamente o odor a álcool depois de o consumirem. No entanto, verificou-se também que a sua escovagem era menos efetiva que nos indivíduos não alcoólicos e a sua higiene oral básica não era cumprida

corretamente o que levava a perdas de attachment, recessões gengivais e na grande maioria dos casos, à perda dentária.⁽⁷⁹⁾

1.4.4.13. Inserção Muscular e do Freio Labial

A inserção alta do freio labial e a inserção muscular alta são condições anatómicas referidas como sendo factores etiológicos da recessão gengival.^(17,18,20–22,33,34)

Tugnait e Patel afirmam em estudos diferentes que a razão pela qual se encontram ambos associados à recessão gengival pode dever-se ao facto de impedirem o acesso para a remoção da placa bacteriana ou por criar demasiado pressão na gengiva marginal.^(17,33)

Bowers num estudo verificou que a inserção alta do freio labial inferior estava muitas vezes associada à presença de gengiva aderida mais fina e também, quando presente, a um aumento da extensão da recessão gengival.⁽²¹⁾

Por outro lado, outros autores defendem que a inserção alta do freio labial apenas influenciará se a recessão atingir a zona de inserção, e outros autores chegam mesmo a defender que esta condição não constitui um factor etiológico.^(20,21)

Desta forma, Yared *et al.* resume que a inserção alta do freio labial inferior “poderá interferir no processo de escovagem, favorecendo a acumulação de placa bacteriana e a instalação da inflamação levando à recessão”.⁽²¹⁾

1.4.4.14. Outros Factores

1.4.4.14.1. Diabetes Mellitus

Hoje em dia a diabetes mellitus é uma doença crónica bastante comum mundialmente e que necessita de cuidados pela vida toda de forma a reduzir a mortalidade precoce e a morbilidade que lhe estão associadas.⁽⁸²⁾

Numa amostra de 1004 habitantes no Porto, detectou-se uma prevalência de diabetes mellitus tipo 1 de 1,1% e de diabetes mellitus tipo 2 de 4,7% em indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos.⁽⁸³⁾

A diabetes mellitus não causa obrigatoriamente doença periodontal, no entanto, existem estudos que provam que as pessoas com diabetes apresentam com maior frequência periodontite.⁽⁸³⁾

A saúde do periodonto é mantida pelas leucócitos polimorfonucleares (PMN) uma vez que estas são o primeiro mecanismo de defesa aquando de um processo inflamatório. Um indivíduo com diabetes tem as suas defesas imunitárias reduzidas e estas células vão-se encontrar com as suas funções alteradas como, por exemplo na quimiotaxia ou na fagocitose.⁽⁸²⁾

Esta resposta imune deficiente por parte das pessoas com diabetes pode ser a razão pela qual, mesmo após a terapia periodontal convencional, a infecção periodontal não é completamente erradicada.^(82,83)

Num estudo realizado em 1993 verificou-se que “os diabéticos tipo1 com mau controlo glicémico (...) apresentavam pior índice gengival, maior hemorragia pós-sondagem, maior perda de aderência e de osso interproximal e maior recessão gengival”.⁽⁸³⁾

Pereira afirma que normalmente os diabéticos apresentam maiores níveis de recessão comparativamente com os não diabéticos e que o mesmo se verificava nos diabetes tipo 2, mas não nos diabetes tipo 1, no entanto, ressalva que muitos autores defendem que esta condição afecta também os diabéticos tipo 1.⁽⁸³⁾

1.4.4.14.2.Artrite Reumatóide

A artrite reumatóide é uma doença autoimune, sistémica caracterizada por uma inflamação característica das superfícies articulares, que acaba por resultar na destruição da cartilagem e do osso sub-condral. Oralmente, atinge mais frequentemente, a articulação temporo-mandibular, no entanto também tem outras manifestações como por exemplo a doença periodontal e todas as suas manifestações desde o sangramento à sondagem até à perda de attachment e aparecimento de recessões gengivais.⁽⁸⁴⁾

Existe alguma controvérsia entre a relação que existe entre a artrite reumatóide e a doença periodontal essencialmente devido à diversidade que existe na classificação de ambas as doenças.⁽⁸⁴⁾

Detert e os seus colaboradores afirmam que “a existência de uma doença inflamatória sistémica pode promover a doença periodontal”.⁽⁸⁵⁾

Já Mirrieles *et al.* afirmam que “o seu estudo fornece evidências de que os níveis de IL-1 β , MMP-8 e TNF- α salivares são claramente influenciados pelo ambiente periodontal local, e seletivamente influenciados por condições inflamatórias sistémicas como a artrite reumatóide”.⁽⁸⁶⁾

1.4.4.14.3.Trauma Químico

A bulimia, entendida como “ingestão obsessiva e massiva de alimentos seguida de vômitos autoinduzidos, períodos prolongados de jejum voluntário através do uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. Existem autores que afirmam que a ação acídica constante causada pelo hábito de vomitar, causa trauma químico nos tecidos gengivais resultando em recessões gengivais, no entanto, outros defendem precisamente que esta relação não é significativa.”^(87,88)

O trauma químico característico da erosão gengival local causado pelo consumo de, por exemplo, cocaína também é considerado um factor etiológico embora esteja pouco documentado.⁽²²⁾

1.5. Determinantes de Saúde Oral

Sabe-se que, aplicando estratégias preventivas globais, a maioria das doenças orais podem ser prevenidas e/ou controladas.⁽³⁾

No caso concreto das recessões gengivais, estas podem ser diagnosticadas se ao realizarem consultas periódicas se executar uma correta examinação dos tecidos moles e dos restantes tecidos orais e uma adequada avaliação da higiene oral, permitindo assim criar um diagnóstico objectivo que torna capaz de, se necessário, aplicar um tratamento específico e indicado.^(10,14)

Têm sido apresentadas várias medidas para a prevenção da doença periodontal e também da recessão gengival, como uma boa higiene oral, as visitas ao médico dentista regulares e a cessação do hábito tabágico.^(9,12,14,89)

1.5.1.Higiene Oral

Em Portugal, os programas de saúde oral têm preconizado que uma boa higiene oral é essencial para que haja uma melhor qualidade de vida. Até mesmo a OMS já apresentou objectivos específicos para que haja uma redução do número de dentes perdidos até 2020, devido a, entre outros factores, uma higiene oral deficiente.⁽⁸⁹⁾

É em idades precoces que se deve promover e incentivar uma correta higiene oral, e é desta forma que surgem, de forma preventiva, algumas medidas de promoção da saúde oral em escolas que se baseiam no ensino das corretas formas de executar uma adequada higiene oral.^(9,89)

Para uma correta prevenção do desenvolvimento de doenças periodontais é essencial a remoção diária da placa bacteriana dos dentes com o recurso de uma escova de dentes adequada, o uso de fio dentário e, se possível, um meio auxiliar químico de remoção de placa.⁽⁹⁾

O uso de escova de dentes é globalmente o meio mecânico mais utilizado para a remoção de placa bacteriano e preconiza-se que, quer seja eléctrica ou manual, deve-se proceder à escovagem pelo menos uma vez por dia.⁽¹⁴⁾

Existem vários métodos de escovagem que podem ser utilizados, no entanto são indicados apenas aqueles que incluam acesso à margem gengival de todas as superfícies acessíveis, nunca esquecendo que uma escovagem horizontal encontra-se bastantes vezes associada ao surgimento de recessões gengivais.^(11,12,14)

O fio dentário está indicado para a limpeza das zonas interproximais dentárias uma vez que são regiões de difícil acesso pela escova dentária, e por isso mesmo, são zonas que necessitam de maior atenção porque surgem normalmente como sendo as zonas primariamente afectadas pela doença periodontal. Este instrumento de higiene oral permite, para além da remoção de placa, ao médico dentista identificar a presença de cálculos,

prevenir ou parar o desenvolvimento de cáries interproximais e reduzir o sangramento gengival.^(9,11,12,14)

Os métodos mecânicos de remoção de placa nem sempre são suficientes e, por vezes é aconselhável o uso de soluções, por exemplo de clorhexidina, para o controlo da placa, diminuído assim o seu poder patogénico. Estes métodos químicos não devem ser sempre utilizados devido aos seus efeitos colaterais como a coloração dentária.^(12,14)

1.5.2. Cessação do Hábito Tabágico

Como já referi anteriormente, atualmente é de conhecimento geral a grande influência que o tabaco tem na saúde humana. E o papel do tabaco tornou-se cada vez mais importante quando este foi correlacionado com várias patologias orais. Desta forma, Harris e García-Godoy afirmam que questionar o paciente se fuma ou se vive com alguém que fuma ou que use outra forma de tabaco considera-se “uma das principais questões a fazer aquando da história clínica”.⁽⁹⁾

Estudos epidemiológicos afirmam que existem mais pacientes a recorrer a tratamento periodontal que tenham hábitos tabágicos e que há mais fumadores a serem diagnosticados com periodontite severa que pacientes não fumadores.^(9,14)

Para o tratamento periodontal e das suas consequências como a recessão gengival, é essencial que o paciente cesse o hábito tabágico. Estando mesmo comprovado que, o risco de desenvolver periodontite diminui com o aumento dos anos após a cessação tabágica. Mesmo quando sujeitos a tratamento, os pacientes fumadores apresentam resultados clínicos inferiores aos conseguidos por pacientes não fumadores. Desta forma, é evidente a necessidade dos profissionais de saúde incentivarem os pacientes a eliminar este hábito apresentando todas as consequências negativas da utilização do tabaco bem como as vantagens da cessação.^(14,78)

1.6. Índices e Indicadores de Saúde Oral

Segundo Newman *et al.* “os índices são métodos para quantificar a quantidade (valor total) e a severidade da doença ou condição em indivíduos ou populações”, permitindo desta forma a avaliar a qualidade da saúde oral dos indivíduos a variados níveis e acompanhar possíveis mudanças desta.⁽¹⁴⁾

Um índice ideal será “simples e rápido de usar, preciso, reprodutível e quantitativo”.⁽¹⁴⁾

Atualmente são variados os índices e indicadores de saúde oral disponíveis que permitem, na prática clínica, tanto referentes ao status dentário como ao dos tecidos circundantes.⁽¹⁰⁾

Hoje em dia, são bastante empregues índices como o Índice de CPO, Índices de Fluorose e Índices de Má-Oclusão. No âmbito da Periodontologia existem vários índices utilizados pelo médico dentista para avaliar a condição gengival, a profundidade da bolsa periodontal, a quantidade e localização da placa bacteriana, a deposição de cálculos, a identificação bacteriana, o sangramento gengival à sondagem, entre muitos outros.⁽⁹⁾

Todos estes métodos de recolha de dados são importantes para que o médico dentista consiga obter um correto diagnóstico e estabelecer uma adequada terapêutica bem como para realizar estudos epidemiológicos referentes a grandes grupos populacionais.⁽¹⁴⁾

Objetivos

2. Objectivos

Determinar a prevalência da recessão gengival e associá-las a uma possível etiologia principal numa amostra de pacientes que são consultados na Clínica Universitária da UCP-Viseu.

Analisar as condições associadas às recessões gengivais como a hipersensibilidade dentinária e a deficiência estética.

Metodologia

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Pretendemos realizar um estudo piloto metodologicamente desenhado como sendo um estudo epidemiológico observacional transversal para determinação da prevalência da recessão gengival numa amostra constituída por pacientes que frequentam as consultas na Clínica Universitária da UCP-Viseu.

3.2 Amostra

Neste estudo epidemiológico utilizaremos uma amostra de conveniência, obtendo assim dados do maior número de pacientes possível e que estiveram presentes numa consulta na Clínica Universitária da UCP-Viseu. Obtivemos uma amostra de 101 indivíduos que consideramos ser uma amostra considerável tendo em conta não só os critérios de inclusão estabelecidos mas também o tempo disponível para a recolha de dados.

Os critérios definidos para a inclusão dos pacientes na amostra são os seguintes:

- Pacientes que recorram à consulta na Clínica Universitária da UCP-Viseu;
- Pacientes em que a sua faixa etária esteja compreendida entre os 20 e os 30 anos de idade para que os resultados não sejam influenciados pelo factor “idade”;
- Pacientes com dentição definitiva permanente desprezando-se a presença ou ausência dos terceiros molares definitivos, devido à sua grande variabilidade, o que poderia alterar os resultados do estudo;
- Pacientes que tenham, pelo menos, 20 dentes na cavidade oral pois caso contrário, o reduzido número de dentes poderia interferir diretamente nos resultados deste estudo;
- Pacientes portadores de aparelho ortodôntico são excluídos da amostra;
- Pacientes de ambos os géneros são incluídos na amostra.

3.3 Protocolo

A cada paciente incluído na amostra deste estudo foi apresentado o seguinte protocolo:

- Primeiramente, o paciente foi esclarecido da intenção do estudo e auxiliado no preenchimento do Consentimento Informado (Anexo IV);
- De seguida procedeu-se ao preenchimento do questionário (Anexo V);
- Por último, o paciente é sujeito a um exame intraoral para obtermos dados referentes ao Índice de Placa de O'Leary e ao Índice de Recessão Gengival e, consequente, preenchimento pelo aluno dos dados na folha de registo (Anexo V).
-

3.3.1. Material utilizado

Para a examinação intraoral do paciente foram utilizados:

- Luvas e máscara de proteção individual;
- Guardanapos de papel;
- Espelho intraoral;
- Sonda Periodontal (recomendada pela OMS);
- Babete e porta-babete;
- Seringa ar/água;
- Microbrush;
- Revelador de Placa (vermelho de eritrosina);
- Contra-ângulo e escova de polimento;
- Pasta de Polimento.

3.3.2. Índice de Placa de O'Leary

Após ter sido relacionada a placa bacteriana e o desenvolvimento de gengivite, O'Leary desenvolveu este índice em 1972, que ainda é utilizado para identificar a localização e a extensão da placa.⁽⁹⁾

Este índice é bastante utilizado para que o examinador consiga identificar as faces que contêm placa bacteriana através da utilização de um agente revelador. O Índice de placa de O'Leary permite que se faça uma correta monitorização do controlo de placa por parte dos pacientes.⁽⁹⁾

Neste índice utiliza-se como agente revelador de placa a eritrosina, aplicando-a diretamente nas faces dentárias supra-gengivais que, caso tenham placa bacteriana, ficam com uma coloração rosa.^(9,14)

Após o paciente ser instruído a bochechar com água vigorosamente, o médico procederá ao preenchimento de um diagrama, idêntico ao apresentado de seguida, que contém os dentes divididos em 4 linhas consideradas anatómicas que separam as várias faces dos dentes (mesial, distal, vestibular e lingual/palatina) Excluem-se deste registo todos os dentes considerados como perdidos, no entanto, dentes com coroas fixas, pânticos e implantes são contabilizados neste registo como dentes naturais.^(9,14)



Figura 1: Exemplo de diagrama para obtenção do Índice de Placa de O'Leary

Após realizar o preenchimento do diagrama, utiliza-se a seguinte fórmula em que se somam o número de faces coloridas que é dividido de seguida pelo número total de faces observadas e cujo resultado é multiplicado por 100 de forma a obter um valor percentual.^(9,14)

$$IP = \frac{N^{\circ} \text{ de faces coloridas}}{N^{\circ} \text{ total de faces}} \times 100$$

Para os pacientes uma meta razoável é de 10% ou menos de faces coradas, sendo que O'Leary e os seus colaboradores defendem que nenhum tratamento cirúrgico periodontal ou de prótese fixa deva ser iniciado sem estes valores serem atingidos.^(9,14)

3.3.2.1. Protocolo para a Determinação do Índice de Placa de O'Leary

Foi seguido o seguinte protocolo para determinar o Índice de O'Leary Percentual:

- Aplicação do revelador de placa (eritrosina) em todas as faces dentárias;
- Solicitar ao paciente para bochechar vigorosamente para remover os excessos de revelador que possam estar presentes;
- Avaliar todas as faces (Mesial, Distal, Vestibular e Lingual) de todos os dentes e anotá-los na folha de registo (Anexo V);
- Determinação do valor do Índice de O'Leary Percentual;
- Finalizar com um polimento das superfícies dentárias.

3.3.3. Índice de Recessão Gengival

Durante o exame intraoral procedemos à determinação dos valores das recessões gengivais existentes e realizámos o preenchimento da Folha de Recolha de dados (Anexo V) segundo a classificação de Smith já referida anteriormente na Tabela 3 e Tabela 4.

3.4. Recolha de dados

A obtenção de dados será realizada de duas formas distintas. Primeiramente recorrendo ao exame oral para a avaliação de possíveis recessões gengivais, e de seguida realizando um

questionário relacionado, maioritariamente, com os vários factores etiológicos associados a esta condição.

Inicialmente, com o exame intraoral, iremos proceder à mensuração das recessões gengivais do paciente e avaliar a sua severidade utilizando uma sonda (WHO probe) e um espelho. Para a determinação do grau de higiene oral do paciente utilizar-se-á o Índice de O'Leary. Posteriormente, iremos recolher os dados referentes às recessões gengivais individualmente segundo o IR (Índice de Recessão) apresentado por Smith, pois são os índices aconselhados para estudos epidemiológicos.⁽²⁰⁾

A utilização do questionário, que se baseia essencialmente na recolha de dados referentes a comportamentos de saúde oral, servirá para associar as possíveis recessões gengivais existentes, essencialmente as que são localizadas, com o seu factor etiológico principal e, a condições concomitantes como a sensibilidade dentária e a sensação de diminuição da estética por parte do paciente.

3.5. Variáveis em estudo

Neste estudo existem bastantes variáveis de extrema relevância.

Género: O Género do paciente (masculino ou feminino) é uma variável importante apesar de ainda hoje existir grande controvérsia na sua verdadeira influência no processo de formação das Recessões Gengivais.

Frequência da higiene oral: A Frequência da higiene oral foi obtida realizando uma questão aos pacientes. Estes foram questionados de quantas vezes escovam os dentes por dia.

Materiais utilizados para realizar a higiene oral: Os pacientes foram também questionados sobre o que utilizam para realizar a sua higiene oral, em que podiam seleccionar várias opções entre escovar os dentes com pasta dentífrica, realizar bochechos com colutórios, utilizar fio dentário, usar palitos ou outros materiais.

Movimentos principais de escovagem: Os pacientes foram questionados se o movimento de escovagem que mais utilizavam era horizontal, vertical ou circular.

Tipo de escova: Questionámos, também, aos pacientes se o tipo de escova que utilizavam para a execução da sua higiene oral era eléctrica, ou normal com cerdas macias, médias ou duras.

Modo de escovagem: Interrogámos os pacientes quais eram os constituintes da cavidade oral escovados (dentes, língua e/ou gengivas).

Tratamento ortodôntico prévio e Presença de prótese dentária: De seguida, no próprio questionário e na folha de registo havia variáveis específicas para tentarmos descobrir qual a etiologia principal das recessões gengivais se estas estivessem presentes, como por exemplo, a realização prévia de tratamento ortodônticos e a utilização de próteses dentárias para se associar a possíveis recessões em determinados dentes.

Hábitos tabágicos e/ou alcoólicos: Questionámos os pacientes se possuíam hábitos tabágicos e/ou alcoólicos.

Satisfação com a saúde oral: Ainda questionaremos ao paciente se este se encontrava satisfeito com a sua saúde oral.

Já na folha de registo de dados a ser preenchida pelo observador (aluno), ainda utilizámos outras variáveis que nos indicariam a qualidade de higiene oral do paciente como o Índice de Placa de O'Leary.

Para além de todos estes dados, na folha de registo ainda realizámos as medições das recessões gengivais de cada dente.

Foi também avaliada a presença de outras condições relevantes como:

- a existência de restaurações cervicais insatisfatórias;
- a inserção anormal do freio;
- a deficiência do osso alveolar;
- a influência estética;
- a presença de piercing labial ou lingual;
- a presença de dentes mal posicionados;
- a existência de trauma oclusal;

- a presença de sensibilidade.

3.6. Análise Estatística

Utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 20.0 Mac OS) para podermos processar e analisar os dados recolhidos de todas as variáveis. Através do SPSS 20.0, as variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Calculámos as prevalências através de proporções. Para comparar as proporções utilizámos o teste Qui-quadrado e para comparação das variáveis contínuas recorremos ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

3.7. Procedimentos Legais e Éticos

Recorreu-se a um questionário para a recolha de dados e a folha de registo (Anexo V), tendo a observação de todos os pacientes sido realizada de modo voluntário, garantindo que toda a informação fosse confidencial.

O anonimato foi garantido a todos os pacientes, pedindo-lhes que não colocassem o seu nome ou outra forma de identificação em qualquer parte do questionário.

Todos os pacientes preencheram um termo de consentimento informado (anexo 1), no qual todo o estudo lhes foi explicado de forma a que ficassem esclarecidos do carácter científico deste estudo.

Toda a informação foi realizada por um só operador (autor) eliminando quaisquer diferenças protocolares e preservando, assim, a concordância de resultados.

Resultados

4. Resultados

Caracterização da Amostra

Neste estudo, a amostra utilizada era constituída por 101 indivíduos, 47 (46,5%) indivíduos pertencentes ao género masculino e 54 (53,5%) pertencentes ao género feminino.

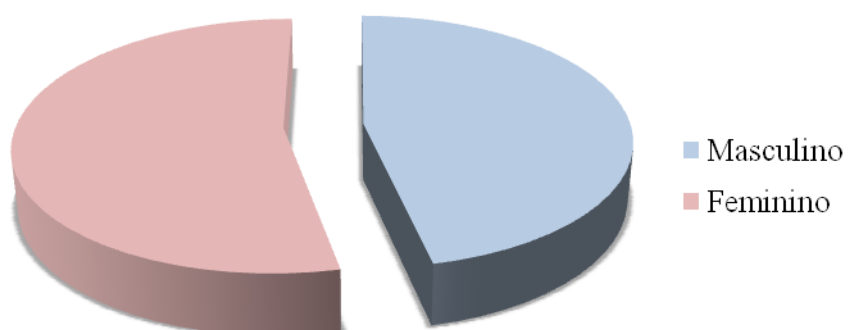


Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao género

Relativamente à idade, obteve-se a média de $23,11 \pm 2,23$ anos, sendo a idade mínima encontrada de 20 anos e a máxima de 29 anos.

Frequência de Escovagem Dentária em Função do Género

Quanto à Frequência de escovagem dentária, o maior grupo observado compreende 51,5% (52) dos indivíduos inquiridos que afirmam escovar os dentes duas vezes por dia, sendo 26,7% (27) pacientes do género masculino e 24,8% (25) do feminino; 34,7% (35) dos indivíduos avaliados escovam os dentes mais de duas vezes por dia, sendo este o único grupo que apresenta alguma discrepância em função do género, em que o feminino apresentava 38,9% (21) indivíduos e o masculino apresentava 29,8% (14) indivíduos; 13,9% (14) dos pacientes observados neste estudo escovam apenas uma vez por dia os dentes, como pode ser observado na Tabela 9.

			Género		Total
			Masculino	Feminino	
Frequência de Escovagem Diária	Uma vez por dia	N	6	8	14
		Percentagem (%)	5,9%	7,9%	13,9%
	Duas vezes por dia	N	27	25	52
		Percentagem (%)	26,7%	24,8%	51,5%
	Mais de duas vezes por dia	N	14	21	35
		Percentagem (%)	13,9%	20,8%	34,7%
Total	N	47	54	101	
	Percentagem (%)	46,5%	53,5%	100,0%	

Tabela 9: Frequência da escovagem dentária em função do género

Materiais Utilizados para a Escovagem Dentária

Na Tabela 10, cerca de 29,7% (30) dos pacientes afirmam apenas utilizar escova dentária e pasta dentífrica para escovar os seus dentes; 7,9% (8) para além de usarem escova dentária e pasta dentífrica utilizam também um colutório; 27,7% (28) dos indivíduos auxiliam a higiene dentária feita pela escova dentária com o fio dentário; já 26,7% (27) indivíduos utilizam tanto o colutório como o fio dentário para além da escova dentária e a pasta dentífrica.

Uma percentagem de cerca de 2,0% (2) dos indivíduos avaliados afirmam que utilizam para além da escova dentária, colutório e um outro objecto e outro grupo de 2,0% (2) indivíduos afirma que para além da escova dentária, da pasta dentífrica e do colutório utiliza também palitos; por último, cerca de 4,0% (4) dos pacientes questionados afirmam que higienizam os dentes recorrendo à escova, ao fio dentário e a outro objecto.

	N	Percentagem (%)
Escova dentária e Pasta dentífrica	30	29,7%
Escova dentária e Pasta dentífrica + Colutório	8	7,9%
Escova dentária e Pasta Dentífrica + Fio dentário	28	27,7%
Escova dentária e Pasta Dentífrica + Colutório + Fio Dentário	27	26,7%
Escova dentária + colutório + outro	2	2,0%
Escova dentária + colutório + palitos	2	2,0%
Escova dentária + fio dentário + outro	4	4,0%
Total	101	100%

Tabela 10: Frequência dos materiais utilizados para a escovagem dentária

Método de Escovagem Dentária

Neste estudo verificámos que 56,4% (57) dos indivíduos utilizavam maioritariamente movimentos circulares para a escovagem dos seus dentes; 36,6% (37) dos pacientes inquiridos usam uma técnica de escovagem baseada em movimentos horizontais; e a minoria constituída por 6,9% (7) pacientes utilizam maioritariamente movimentos verticais, como pode se verificar na seguinte Tabela (Tabela 11).

	N	Percentagem (%)
Movimentos Horizontais	37	36,6
Movimentos Verticais	7	6,9
Movimentos Circulares	57	56,4
Total	101	100

Tabela 11: Frequência dos métodos de escovagem dentária

Tipo de Escova Dentária Utilizada

Quanto ao tipo de escova utilizado durante a higiene oral, 11,9% (12) das pessoas questionadas afirmaram utilizar uma escova eléctrica; 31,7% (32) dos pacientes utilizavam escovas com cerdas macias; a utilização de escovas com cerdas médias apresentava uma maior frequência com cerca de 46,5% (47) dos pacientes avaliados seleccionando essa opção; foi encontrada uma menor frequência em 9,9% (10) dos pacientes que seleccionaram a optar por utilizar escovas com cerdas duras, como se verificou na Tabela 12.

		N	Porcentagem (%)
Tipo de Escova	Escova Eléctrica	12	11,9
	Escova com Cerdas Macias	32	31,7
	Escova com Cerdas Médias	47	46,5
	Escova com Cerdas Duras	10	9,9
Total		101	100

Tabela 12: Frequência do tipo de escova dentária utilizada

Caracterização da Escovagem Dentária

Como é possível observar na Tabela 13, 52,5% (53) dos pacientes entrevistados optam por escovar os dentes, as gengivas e a língua; 16,8% (17) indivíduos também escovam para além dos dentes, as gengivas; 15,8% (16) escovam para além dos dentes a língua; e 14,9% (15) apenas escovam os dentes.

		N	Porcentagem (%)
Áreas Escovadas	Escova apenas os dentes	15	14,9
	Escova os dentes e a língua	16	15,8
	Escova os dentes e as gengivas	17	16,8
	Escova dentes, gengivas e língua	53	52,5
Total		101	100

Tabela 13: Frequência das diversas áreas escovadas na cavidade oral

Utilização de Prótese Dentária

Apenas 1,0% (1) dos indivíduos avaliados apresentava prótese dentária sendo pertencente ao gênero feminino e contendo uma prótese fixa, enquanto que os restante 99,0% (100) dos indivíduos questionados não utilizavam qualquer gênero de prótese dentária, como se pode observar na Tabela 14.

		N	Porcentagem (%)
Utiliza Prótese Dentária	Sim	1	1,0%
	Não	100	99,0%
Total		101	100%

Tabela 14: Frequência de utilização de prótese dentária

Tratamento Ortodôntico Prévio em Função do Gênero

Verificou-se que 63,4% (64) dos pacientes questionados nunca tinham sido sujeitos a tratamento ortodôntico, sendo 31,7% (32) indivíduos do gênero masculino e 31,7% (32) do gênero oposto. Já a prevalência de pacientes que já tinham sido sujeitos a este tipo de tratamento foi de 36,6% (37) em que, 14,9% (15) indivíduos eram do gênero masculino e 21,8% (22) eram do gênero feminino, como se pode conferir na Tabela 15.

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
Tratamento Ortodôntico Prévio	Sim	N	15	22	37
		% por gênero	14,9%	21,8%	36,6%
	Não	N	32	32	64
		% por gênero	31,7%	31,7%	63,4%
Total		N	47	54	101
		% por gênero	46,5%	53,5%	100%

Tabela 15: Frequência da presença de terapia ortodôntica prévia em função do gênero

Presença de Hábitos Alcoólicos e/ou Tabágicos em Função do Gênero

Na questão presente no questionário referente à presença de hábitos alcoólicos e tabágicos, 31,7 % (32) dos pacientes entrevistados afirmam ter hábitos alcoólicos, sendo 18,8% (19) indivíduos do gênero masculino e 12,9% (13) do gênero feminino.

Apenas 6,9% (7) da população estudada afirmava ter apenas hábitos tabágicos, sendo 2,0% (2) pacientes do gênero masculino e 5,0% (5) do gênero feminino.

Um total de 20,8% (21) dos indivíduos analisados apresentavam tanto hábitos tabágicos como alcoólicos, sendo 13,9% (12) pertencentes ao gênero masculino e 28,7% (29) ao feminino.

Cerca de 40,6% (41) da população observada não apresenta nenhum hábito, correspondendo 11,9% (12) e 28,7% (29) ao gênero masculino e feminino respectivamente (Tabela 16).

			Género		Total
			Masculino	Feminino	
Presença de Hábitos	Sim, Alcoólicos	N % por género	19 18,8%	13 12,9%	32 31,7%
	Sim, Tabágicos	N % por género	2 2,0%	5 5,0%	7 6,9%
	Sim, Ambos	N % por género	14 13,9%	7 6,9%	21 20,8%
	Não	N % por género	12 11,9%	29 28,7%	41 40,6%
Total		N	47	54	101
		% por género	46,5%	53,5%	100,0%

Tabela 16: Presença de hábitos em função do género

Utilizando o teste não paramétrico (Mann-Whitney) verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a presença de hábitos, porque obtivemos um valor de $p < 0,05$ ($p = 0,01$).

Satisfação com o Estado da Saúde Oral em Função do Género

Quando os pacientes foram questionados se se encontravam satisfeitos com a sua saúde oral, cerca de 93,1% (94) indivíduos afirmaram que se encontravam satisfeitos sendo que 43,6% (44) pacientes eram do género masculino e 49,5% (50) indivíduos pertenciam ao género feminino; Apenas 6,9%(7) dos indivíduos afirmaram que não se encontravam satisfeitos, sendo 3,0% (3) do género masculino e 4,0% (4) do feminino (Tabela 17).

		Género		Total	
		Masculino	Feminino		
Satisfação com a saúde oral	Sim	N	44	50	94
		% por género	43,6%	49,5%	93,1%
	Não	N	3	4	7
		% por género	3,0%	4,0%	6,9%
Total		N	47	54	101
		% por género	46,5%	53,5%	100,0%

Tabela 17: Frequência dos estados de satisfação em função do género

Presença de Recessão Gengival em Função do Género

Das pessoas avaliadas neste estudo, 85,1% (86) apresentavam recessão gengival, sendo 41,6% (42) do género masculino e 43,6% (44) do género feminino; apenas 14,9% (15) dos pacientes não apresentavam recessão gengival, sendo constituídos por 5,0% (5) do total de indivíduos interrogados do género masculino e 9,9% (10) do género feminino (Tabela 18).

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Possui Recessão	Sim	N	42	86
		% por género	41,6%	85,1%
	Não	N	5	15
		% por género	5,0%	14,9%
Total		N	47	101
		% por género	46,5%	100,0%

Tabela 18: Presença de Recessão gengival em função do género

Utilizando o teste não paramétrico (Mann-Whitney) verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a presença de recessões gengivais, porque obtivemos um valor de $p > 0,05$ ($p = 0,27$).

Presença de Recessão Gengival por Face de Todos os Dentes com Recessão

Dente 1.1 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 93,0% (80) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.1, enquanto que 3,5% (3) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 3,5% (3) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 19).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 1.1	Sem recessão	80	93,0%
	Recessão de 1mm	3	3,5%
	Recessão de 2mm	3	3,5%
Total		86	100%

Tabela 19: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.1 em todos os pacientes com recessão gengival.

Dente 1.1 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 97,7% (84) não apresentavam qualquer recessão gengival na face palatina do dente 1.1, enquanto que os restantes 2,3% (2) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 20).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 1.1	Sem recessão	84	97,7%
	Recessão de 1 mm	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 20: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.1 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.2 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente de toda a cavidade oral, 94,2% (81) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.2, enquanto que 4,7% (4) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 21).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 1.2	Sem recessão	81	94,2%
	Recessão de 1mm	4	4,7%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
	Total	86	100%

Tabela 21: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.2 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.2 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 96,5% (83) não apresentavam qualquer recessão gengival na face palatina do dente 1.2, enquanto que 1,2% (1) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 1,2% (1) continham recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 22).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 1.2	Sem recessão	83	96,5%
	Recessão de 1mm	1	1,2%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
	Recessão de 3mm	1	1,2%
	Total	86	100%

Tabela 22: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.2 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.3 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 83,7% (72) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.3, enquanto que 7,0% (6) apresentavam 1mm de recessão gengival e outros 7,0% (6) apresentavam recessão de 2mm ,1,2% (1) continham recessão gengival de 3mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 4mm (Tabela 23).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 1.3	Sem recessão	72	83,7%
	Recessão de 1mm	6	7,0%
	Recessão de 2mm	6	7,0%
	Recessão de 3mm	1	1,2%
	Recessão de 4mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 23: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.3 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.3 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, nenhum apresentava recessão gengival na face palatina do dente 1.3, perfazendo o total de 100,0% (86) dos pacientes sem recessão gengival nesta face deste dente (Tabela 24)

		N	Porcentagem (%)
Face palatina do dente 1.3	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 24: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.3 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.4 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 75,6% (65) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.4, enquanto que 7,0% (6) apresentavam 1mm de recessão gengival, 12,8% (11) dos pacientes avaliados continham recessão gengival de 2mm e os restantes 4,7% (4) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 25)

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 1.4	Sem recessão	65	75,6%
	Recessão de 1mm	6	7,0%
	Recessão de 2mm	11	12,8%
	Recessão de 3mm	4	4,7%
Total		86	100%

Tabela 25: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.4 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.4 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, nenhum apresentava recessão gengival na face palatina do dente 1.4, perfazendo o total de 100,0% (86) dos pacientes sem recessão gengival nesta face deste dente. (Tabela 26).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 1.4	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 26: Frequência de recessão gengival na face Palatina do dente 1.4 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.5 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 86,0% (74) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.5, enquanto que 4,7% (4) apresentavam 1mm de recessão gengival, 7,0% (6) dos pacientes avaliados continham recessão gengival de 2mm e os restantes 2,3% (2) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 27).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 1.5	Sem recessão	74	86,0%
	Recessão de 1mm	4	4,7%
	Recessão de 2mm	6	7,0%
	Recessão de 3mm	2	2,3%
Total		86	100%

Tabela 27: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.5 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.5 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, nenhum apresentava recessão gengival na face palatina do dente 1.5, perfazendo o total de 100,0% (86) dos pacientes sem recessão gengival nesta face deste dente (Tabela 28).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 1.5	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 28: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.5 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.6 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 77,9% (67) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.6, enquanto que 7,0% (6) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 14,0% (12) continham recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 29)

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 1.6	Sem recessão	67	77,9%
	Recessão de 1mm	6	7,0%
	Recessão de 2mm	12	14,0%
	Recessão de 3mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 29: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.6 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.6 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente de toda a cavidade oral, 95,3% (82) não apresentavam qualquer recessão gengival na face palatina do dente 1.6, enquanto que 3,5% (3) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 30).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 1.6	Sem recessão	82	95,3%
	Recessão de 1mm	3	3,5%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 30: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.6 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.7 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente de toda a cavidade oral, 84,9% (73) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 1.7, enquanto que 2,3% (2) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 12,8% (11) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 31)

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 1.7	Sem recessão	73	84,9%
	Recessão de 1mm	2	2,3%
	Recessão de 2mm	11	12,8%
Total		86	100%

Tabela 31 Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.7 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 1.7 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente de toda a cavidade oral, 97,7% (84) não apresentavam qualquer recessão gengival na face palatina do dente 1.7, enquanto que 1,2% (1) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 32).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 1.7	Sem recessão	84	97,7%
	Recessão de 1mm	1	1,2%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 32: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.7 em todos os pacientes com recessão gengival

Dente 2.1 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 86,0% (74) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.1, enquanto que 12,8% (11) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 33).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 2.1	Sem recessão	74	86,0%
	Recessão de 1mm	11	12,8%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 33: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.1 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.1 Face Palatina:

De todos os pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 100,0% (86) não apresentavam nenhuma recessão gengival na face palatina do dente 2.1 (Tabela 34).

		N	Porcentagem (%)
Face palatina do dente 2.1	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 34: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.1 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.2 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente de toda a cavidade oral, 93,0% (80) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.2, enquanto que 5,8% (5) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 35).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 2.2	Sem recessão	80	93,0%
	Recessão de 1mm	5	5,8%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 35: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.2 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.2 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 98,8% (85) não apresentavam qualquer recessão gengival na face palatina do dente 2.2, enquanto que 1,2% (1) apresentavam 2mm de recessão gengival (Tabela 36).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 2.2	Sem recessão	85	98,8%
	Recessão de 2mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 36: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.2 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.3 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 72,1% (62) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.3, enquanto que 11,6% (10) apresentavam 1mm de recessão gengival e outros 10,5% (9) apresentavam recessão de 2mm ,4,7% (4) continham recessão gengival de 3mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 4mm (Tabela 37).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 2.3	Sem recessão	62	72,1%
	Recessão de 1mm	10	11,6%
	Recessão de 2mm	9	10,5%
	Recessão de 3mm	4	4,7%
	Recessão de 4mm	1	1,2%
Total		86	100%

Tabela 37. Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.3 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.3 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 97,7% (84) dos pacientes não apresentavam nenhuma recessão gengival e os restantes 2,3% (2) apresentavam recessões de 1mm no dente 2.3 (Tabela 38).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 2.3	Sem recessão	84	97,7%
	Recessão de 1mm	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 38: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.3 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.4 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 79,1% (68) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.4, enquanto que 8,1% (7) apresentavam 1mm de recessão gengival e outros 9,3% (8) apresentavam recessão de 2mm, os restantes 3,5% (3) continham recessão gengival de 3mm (Tabela 39).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 2.4	Sem recessão	68	79,1%
	Recessão de 1mm	7	8,1%
	Recessão de 2mm	8	9,3%
	Recessão de 3mm	3	3,5%
	Total	86	100,0%

Tabela 39: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.4 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.4 Face Palatina:

De todos os pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 100,0% (86) não apresentavam nenhuma recessão gengival na face palatina do dente 2.4 (Tabela 40).

		N	Porcentagem (%)
Face palatina do dente 2.4	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 40: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.4 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.5 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 87,2% (75) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.5, enquanto que 3,5% (3) apresentavam 1mm de recessão gengival e outros 5,8% (5) apresentavam recessão de 2mm, os restantes 3,5% (3) continham recessão gengival de 3mm (Tabela 41).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 2.5	Sem recessão	75	87,2%
	Recessão de 1mm	3	3,5%
	Recessão de 2mm	5	5,8%
	Recessão de 3mm	3	3,5%
Total		86	100,0%

Tabela 41: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.5 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.5 Face Palatina:

De todos os pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 100,0% (86) não apresentavam nenhuma recessão gengival na face palatina do dente 2.5 (Tabela 42).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 2.5	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 42: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.5 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.6 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 76,7% (66) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.6, enquanto que 9,3% (8) apresentavam 1mm de recessão gengival e outros 12,8% (11) apresentavam recessão de 2mm, os restantes 1,2% (1) continham recessão gengival de 3mm (Tabela 43).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 2.6	Sem recessão	66	76,7%
	Recessão de 1mm	8	9,3%
	Recessão de 2mm	11	12,8%
	Recessão de 3mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 43: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.6 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.6 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 86,0% (74) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.6, enquanto que 1,2% (1) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 3,5% (3) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 44).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 2.6	Sem recessão	82	95,3%
	Recessão de 1mm	1	1,2%
	Recessão de 2mm	3	3,5%
Total		86	100%

Tabela 44: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.6 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.7 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 86,0% (74) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.7, enquanto que 3,5% (3) apresentavam 1mm de recessão gengival e os restantes 10,5% (9) apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 45).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 2.7	Sem recessão	74	86,0%
	Recessão de 1mm	3	3,5%
	Recessão de 2mm	9	10,5%
Total		86	100%

Tabela 45: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.7 em todos os pacientes com recessão

Dente 2.7 Face Palatina:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 95,3% (82) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 2.7, enquanto que 1,2% (1) apresentavam 1mm de recessão gengival e outros 2,3% (2) apresentavam recessão de 2mm , os restantes 1,2% (1) continham recessão gengival de 3mm (Tabela 46).

		N	Percentagem (%)
Face palatina do dente 2.7	Sem recessão	82	95,3%
	Recessão de 1mm	1	1,2%
	Recessão de 2mm	2	2,3%
	Recessão de 3mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 46: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.7 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.1 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 75,6% (65) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.1, enquanto que 11,6% (10) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 11,6% (10) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 47).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 3.1	Sem recessão	65	75,6%
	Recessão de 1mm	10	11,6%
	Recessão de 2 mm	10	11,6%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 47: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.1 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.1 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 68,6% (59) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 3.1, enquanto que 26,7% (23) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 3,5% (3) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 48).

		N	Porcentagem (%)
Face lingual do dente 3.1	Sem recessão	59	68,6%
	Recessão de 1mm	23	26,7%
	Recessão de 2 mm	3	3,5%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 48: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.1 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.2 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 82,6% (71) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.2, enquanto que 10,5% (9) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 5,8% (5) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 49).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 3.2	Sem recessão	71	82,6%
	Recessão de 1mm	9	10,5%
	Recessão de 2 mm	5	5,8%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 49: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.2 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.2 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 74,4% (64) não apresentavam qualquer recessão

gengival na face lingual do dente 3.2, enquanto que 22,1% (19) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 2,3% (2) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 50).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 3.2	Sem recessão	64	74,4%
	Recessão de 1mm	19	22,1%
	Recessão de 2 mm	2	2,3%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 50: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.2 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.3 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 73,3% (63) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.3, enquanto que 15,1% (13) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 7,0% (6) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 4,7% (4) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 51).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 3.3	Sem recessão	63	73,3%
	Recessão de 1mm	13	15,1%
	Recessão de 2 mm	6	7,0%
	Recessão de 3 mm	4	4,7%
Total		86	100,0%

Tabela 51: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.3 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.3 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 96,5% (83) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 3.3, enquanto que 3,5% (3) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 51).

		N	Porcentagem (%)
Face lingual do dente 3.3	Sem recessão	83	96,5%
	Recessão de 1 mm	3	3,5%
Total		86	100,0%

Tabela 52: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.3 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.4 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 79,1% (68) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.4, enquanto que 10,5% (9) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 7,0% (6) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm, 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm, e os restantes 2,3% (2) dos indivíduos apresentavam recessão de 4 mm (Tabela 53).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 3.4	Sem recessão	68	79,1%
	Recessão de 1 mm	9	10,5%
	Recessão de 2 mm	6	7,0%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
	Recessão de 4 mm	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 53: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.4 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.4 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, nenhum apresentava recessão gengival na face lingual do dente 3.4, perfazendo um total de 100,0% (86) pacientes sem recessão gengival (Tabela 54).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 3.4	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 54: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.4 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.5 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 80,2% (69) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.5, enquanto que 5,8% (5) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 8,1% (7) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 5,8% (5) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 55).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 3.5	Sem recessão	69	80,2%
	Recessão de 1mm	5	5,8%
	Recessão de 2 mm	7	8,1%
	Recessão de 3 mm	5	5,8%
Total		86	100,0%

Tabela 55: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.5 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.5 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, nenhum apresentava recessão gengival na face lingual do dente 3.5, perfazendo um total de 100,0% (86) pacientes sem recessão gengival (Tabela 56).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 3.5	Sem recessão	86	100,0%
Total		86	100,0%

Tabela 56: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.5 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.6 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 79,1% (68) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.6, enquanto que 9,3% (8) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 10,5% (9) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 57).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 3.6	Sem recessão	68	79,1%
	Recessão de 1mm	8	9,3%
	Recessão de 2 mm	9	10,5%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 57: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.6 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.6 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 97,7% (84) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 3.6, enquanto que 2,3% (2) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 58).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 3.6	Sem recessão	84	97,7%
	Recessão de 1 mm	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 58: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.6 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.7 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 84,9% (73) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 3.7, enquanto que 4,7% (4) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 9,3% (8) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 59).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 3.7	Sem recessão	73	84,9%
	Recessão de 1mm	4	4,7%
	Recessão de 2 mm	8	9,3%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 59: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.7 em todos os pacientes com recessão

Dente 3.7 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 97,7% (84) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 3.7, enquanto que 2,3% (2) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 60).

		N	Porcentagem (%)
Face lingual do dente 3.7	Sem recessão	84	97,7%
	Recessão de 1 mm	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 60: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.7 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.1 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 80,2% (69) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 4.1, enquanto que 10,5% (9) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 8,1% (7) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 5 mm (Tabela 61).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 4.1	Sem recessão	69	80,2%
	Recessão de 1mm	9	10,5%
	Recessão de 2 mm	7	8,1%
	Recessão de 5 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 61: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.1 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.1 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 70,9% (61) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 4.1, enquanto que 23,3% (20) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 4,7% (4) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 62).

		N	Porcentagem (%)
Face lingual do dente 4.1	Sem recessão	61	70,9%
	Recessão de 1mm	20	23,3%
	Recessão de 2 mm	4	4,7%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 62: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.1 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.2 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 83,7% (72) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 4.2, enquanto que 11,6% (10) apresentavam 1mm de recessão gengival, e os outros 4,7% (4) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm (Tabela 63).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 4.2	Sem recessão	72	83,7%
	Recessão de 1mm	10	11,6%
	Recessão de 2 mm	4	4,7
Total		86	100,0%

Tabela 63: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.2 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.2 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 74,4% (64) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 4.2, enquanto que 20,9% (18) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 3,5% (3) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 64).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 4.2	Sem recessão	64	74,4%
	Recessão de 1mm	18	20,9%
	Recessão de 2 mm	3	3,5%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 64: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.2 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.3 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 79,1% (68) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 4.3, enquanto que 12,8% (11) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 3,5% (3) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 4,7% (4) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 65).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 4.3	Sem recessão	68	79,1%
	Recessão de 1mm	11	12,8%
	Recessão de 2 mm	3	3,5%
	Recessão de 3 mm	4	4,7%
Total		86	100,0%

Tabela 65 Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.3 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.3 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 96,5% (83) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 4.3, enquanto que 3,5% (3) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 66).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 4.3	Sem recessão	83	96,5%
	Recessão de 1 mm	3	3,5%
Total		86	100,0%

Tabela 66: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.3 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.4 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 83,7% (72) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 4.4, enquanto que 8,1% (7) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 5,8% (5) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm, 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm, e os restantes 1,2% (1) dos indivíduos apresentavam recessão de 4 mm (Tabela 67).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 4.4	Sem recessão	72	83,7%
	Recessão de 1 mm	7	8,1%
	Recessão de 2 mm	5	5,8%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
	Recessão de 4 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 67: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.4 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.4 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, cerca de 96,5% (83) não apresentam recessão gengival na face lingual do dente 4.4, já 2,3% (2) dos indivíduos entrevistados apresentavam recessões de 1mm e por fim, 1,2% (1) apresentava recessão de 2mm (Tabela 68).

		N	Porcentagem (%)
Face lingual do dente 4.4	Sem recessão	83	96,5%
	Recessão de 1 mm	2	2,3%
	Recessão de 2 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 68: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.4 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.5 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 81,4% (70) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 4.5, enquanto que 9,3% (8) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 8,1% (7) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 69).

		N	Porcentagem (%)
Face vestibular do dente 4.5	Sem recessão	70	81,4%
	Recessão de 1mm	8	9,3%
	Recessão de 2 mm	7	8,1%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 69: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.5 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.5 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, cerca de 98,8% (85) pacientes que têm recessões gengivais não apresentam recessões gengivais na face lingual do dente 4.5, e os restante 1,2% apresentam recessão de 1 mm (Tabela 70).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 4.5	Sem recessão	85	98,8%
	Recessão de 1 mm	1	1,2
Total		86	100,0%

Tabela 70: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.5 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.6 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, cerca de 75,5% (65) não apresentam recessão gengival na face vestibular do dente 4.6, já 14,0 % (12) dos indivíduos entrevistados apresentavam recessões de 1mm e por fim, 10,5% (9) apresentava recessão de 2mm (Tabela 71).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 4.6	Sem recessão	65	75,6%
	Recessão de 1 mm	12	14,0%
	Recessão de 2 mm	9	10,5%
Total		86	100,0%

Tabela 71: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.6 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.6 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 95,3% (82) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 4.6, enquanto que 4,7% (4) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 72).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 4.6	Sem recessão	82	95,3%
	Recessão de 1 mm	4	4,7%
Total		86	100,0%

Tabela 72: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.6 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.7 Face Vestibular:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 86,0% (74) não apresentavam qualquer recessão gengival na face vestibular do dente 4.7, enquanto que 4,7% (4) apresentavam 1mm de recessão gengival, outros 8,1% (7) pacientes apresentavam recessão gengival de 2mm e os restantes 1,2% (1) apresentavam recessão gengival de 3mm (Tabela 72).

		N	Percentagem (%)
Face vestibular do dente 4.7	Sem recessão	74	86,0%
	Recessão de 1mm	4	4,7%
	Recessão de 2 mm	7	8,1%
	Recessão de 3 mm	1	1,2%
Total		86	100,0%

Tabela 73: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.7 em todos os pacientes com recessão

Dente 4.7 Face Lingual:

Dos pacientes que apresentavam recessão gengival em pelo menos um dente, 97,7% (84) não apresentavam qualquer recessão gengival na face lingual do dente 4.7, enquanto que 2,3% (2) apresentavam 1mm de recessão gengival (Tabela 74).

		N	Percentagem (%)
Face lingual do dente 4.7	Sem recessão	84	97,7%
	Recessão de 1 mm	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 74: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.7 em todos os pacientes com recessão

Indivíduos com Recessão Gengival com pelo menos uma que seja \geq a 3 mm

Na totalidade da amostra estudada, 24,8% (25) indivíduos apresentavam pelo menos uma recessão na cavidade oral maior ou igual a 3mm, e apenas 75,2% (76) pacientes se apresentavam com recessões gengivais menores que 3 mm ou que não possuíam nenhuma recessão gengival (Tabela 75).

		N	Percentagem (%)
Pelo menos uma recessão \geq que 3 mm	Sim	25	24,8%
	Não	76	75,2%
Total		101	100,0%

Tabela 75: Frequência de recessões gengivais \geq que 3mm em pacientes com recessão

Quantidade de Dentes com Recessão Vestibular na Amostra com Recessões Gengivais

Na amostra avaliada que continha recessões gengivais, apenas 2,3% (2) dos indivíduos não continham recessões na face vestibular de nenhum dente da cavidade oral; 55,8% (48) apresentavam recessão vestibular de 1 a 3 dentes, 16,3% (14) apresentavam recessão gengival na face vestibular de 4 a 6 dentes e, por fim, 25,6% (22) apresentavam recessões linguais em 7 ou mais dentes (Tabela 76).

		N	Porcentagem (%)
Dentes com recessão em vestibular na amostra com recessões gengivais	0 dentes	2	2,3%
	1-3 dentes	48	55,8%
	4-6 dentes	14	16,3%
	≥7 dentes	22	25,6%
Total		86	100,0%

Tabela 76: Frequência do número de dentes com recessão na face vestibular na amostra com recessões gengivais

Quantidade de Dentes com Recessão em Lingual/Palatino na Amostra com Recessões Gengivais

Na amostra avaliada que continha recessões gengivais, 55,8% (48) dos indivíduos não continham recessões na face lingual de nenhum dente da cavidade oral; 18,6% (16) apresentavam recessão lingual de 1 a 3 dentes, 23,3% (20) apresentavam recessão gengival na face lingual de 4 a 6 dentes e, por fim, 2,3% (2) apresentavam recessões linguais em 7 ou mais dentes (Tabela 77).

		N	Porcentagem (%)
Dentes com recessão em lingual/palatino na amostra com recessões gengivais	0 dentes	48	55,8%
	1-3 dentes	16	18,6%
	4-6 dentes	20	23,3%
	≥7 dentes	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 77: Frequência do número de dentes com recessão na face lingual/palatina na amostra com recessões gengivais

Quantidade de dentes com recessão na maxila esquerda na amostra com recessão gengival

Cerca de 43,0% (37) dos pacientes com recessões gengivais não apresentavam qualquer recessão na maxila esquerda; 46,5% (40) dos pacientes encontravam-se com recessões de 1 a 3 dentes deste lado do maxilar superior enquanto que 10,5% (9) dos indivíduos tinham recessões em 4 a 6 dentes da maxila esquerda (Tabela 78).

		N	Porcentagem (%)
Dentes com recessão na maxila esquerda na amostra com recessão gengival	0 dentes	37	43,0%
	1-3 dentes	40	46,5%
	4-6 dentes	9	10,5%
Total		86	100,0%

Tabela 78: Frequência do número de dentes com recessão na maxila esquerda na amostra com recessões gengivais

Quantidade de dentes com recessão na maxila direita na amostra com recessão gengival

Cerca de 47,7% (41) dos pacientes com recessões gengivais não apresentavam qualquer recessão na maxila direita; 44,2% (38) dos pacientes encontravam-se com recessões desde 1 a 3 dentes do maxilar direito; apenas 8,1% (7) dos indivíduos tinham recessões em 4 a 6 dentes da maxila direita (Tabela 79).

		N	Porcentagem (%)
Dentes com recessão na maxila direita na amostra com recessão gengival	0 dentes	41	47,7%
	1-3 dentes	38	44,2%
	4-6 dentes	7	8,1%
Total		86	100,0%

Tabela 79: Frequência do número de dentes com recessão na maxila direita na amostra com recessões gengivais

Quantidade de dentes com recessão na mandíbula esquerda na amostra com recessão gengival

Cerca de 22,1% (19) dos pacientes com recessões gengivais não apresentavam qualquer recessão na mandíbula esquerda; 65,1% (56) dos pacientes encontravam-se com recessões desde 1 a 3 dentes da mandíbula esquerda; 10,5% (9) dos indivíduos tinham recessões em 4, 5 ou 6 dentes da mandíbula esquerda; apenas 2,3% (2) indivíduos apresentavam recessões em 7 ou mais dentes da mandíbula esquerda (Tabela 80).

		N	Porcentagem (%)
Número de dentes com recessão na mandíbula esquerda na amostra com recessão gengival	0 dentes	19	22,1%
	1-3 dentes	56	65,1%
	4-6 dentes	9	10,5%
	>7 dentes	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 80: Frequência do número de dentes com recessão na mandíbula esquerda na amostra com recessões gengivais

Quantidade de dentes com recessão na mandíbula direita na amostra com recessão gengival

Cerca de 27,9% (24) dos pacientes com recessões gengivais não apresentavam qualquer recessão na mandíbula direita; 58,1% (50) dos pacientes encontravam-se com recessões de 1 a 3 dentes do maxilar inferior direito; 11,6% (10) dos indivíduos tinham recessões entre 4 a 6 dentes da mandíbula direita; apenas 2,3% (2) dos indivíduos da amostra apresentavam recessões em 7 ou mais dentes deste lado da mandíbula (Tabela 81).

		N	Porcentagem (%)
Número de dentes com recessão na mandíbula esquerda na amostra com recessão gengival	0 dentes	24	27,9%
	1-3 dentes	50	58,1%
	4-6 dentes	10	11,6%
	>7 dentes	2	2,3%
Total		86	100,0%

Tabela 81: Frequência do número de dentes com recessão na mandíbula direita na amostra com recessões gengivais

Maxilar e Lado mais Afectado por Recessões Gengivais

Exceptuando os pacientes sem recessão gengival, observámos que a mandíbula esquerda obtinha maior quantidade de recessões gengivais e com maior severidade, sendo a mais afectada em 44,2% (38) dos casos; de seguida encontra-se a mandíbula direita com 22,1% (19) dos casos analisados; com 20,9% (18) a maxila esquerda; e a maxila direita é a menos afectada com apenas 12,8% (11) a apresentando como a mais atingida (Tabela 82).

		N	Percentagem (%)
Maxilar e lado mais afectado	Maxila direita	11	12,8%
	Maxila esquerda	18	20,9%
	Mandíbula direita	19	22,1%
	Mandíbula esquerda	38	44,2%
Total		86	100,0%

Tabela 82: Frequência do maxilar e do lado mais afectado

Grupo de dentes mais afectado

Excluindo os pacientes sem recessões gengivais, o grupo de dentes que demonstrou ser mais afectado foi o dos Incisivos inferiores sendo em 24,4% (21) dos casos o grupo mais afectado; de seguida os Pré-molares inferiores com 14,0% (12) dos pacientes demonstrando ser o grupo mais atingido; com 11,6% (10) seguem-se os caninos superiores, molares superiores e os caninos inferiores; com 10,5% (9) os molares inferiores e os Pré-molares superiores; por fim, 5,8% (5) de casos apresentaram os incisivos superiores sendo o grupo mais afectado (Tabela 83).

		N	Percentagem (%)
Grupo de dentes mais afectado	Incisivos Superiores	5	5,8%
	Caninos Superiores	10	11,6%
	Pré-molares Superiores	9	10,5%
	Molares Superiores	10	11,6%
	Incisivos Inferiores	21	24,4%
	Caninos Inferiores	10	11,6%
	Pré-molares Inferiores	12	14,0%
	Molares Inferiores	9	10,5%
Total		86	100,0%

Tabela 83: Frequência do grupo de dentes mais afectado

Tipo de Recessão em Função do Género

Dentro da amostra com recessão gengival, 81,4% (70) apresenta recessão gengival classificada de localizada, sendo 36,0% (31) do género masculino e 45,3% (39) do género feminino; já 18,6% (16) indivíduos que apresentavam recessões gengivais foram diagnosticados com recessão gengival generalizada, sendo 12,8% (11) indivíduos do género masculino e 5,8% (5) do género feminino (Tabela 84).

			Género		Total
			Masculino	Feminino	
Tipo de recessão	Localizada	N	31	39	70
		% por género	36,0%	45,3%	81,4%
	Generaliza da	N	11	5	16
		% por género	12,8%	5,8%	18,6%
Total		N	42	44	86
		% por género	48,8%	51,2%	100,0%

Tabela 84: Frequência do tipo de recessão em função do género

Presença de sensibilidade em dentes com recessão gengival

Dos pacientes estudados com recessão gengival, 82,6% (71) pacientes afirmaram não ter sensibilidade em nenhum dente com recessão gengival; apenas 17,4% (15) dos pacientes com recessão afirmaram que possuíam sensibilidade em pelo menos um dente (Tabela 85).

		N	Porcentagem (%)
Sensibilidade	Sim	15	17,4%
	Não	71	82,6%
Total		86	100,0%

Tabela 85: Frequência da presença de sensibilidade dentária em dentes com recessão

Presença de dentes pilares de prótese com recessão gengival

Na população com recessão gengival, 98,8% (85) pacientes não apresentavam nenhum dente pilar de prótese com recessão gengival; apenas 1,2% (1) dos pacientes apresentava um dente pilar com recessão gengival (Tabela 86).

		N	Porcentagem (%)
Pilar de prótese	Sim	1	1,2%
	Não	85	98,8%
Total		86	100,0%

Tabela 86: Frequência da presença de dentes pilares de prótese dentária em dentes com recessão

Presença de dentes com recessão gengival aparentemente devido a trauma oclusal

Na população com recessão gengival, 75,6% (65) pacientes não apresentam possuir dentes com recessão gengival por trauma oclusal; apenas 24,4% (21) dos pacientes com recessão gengival possuíam dentes com recessões indicativas de trauma oclusal (Tabela 87).

		N	Porcentagem (%)
Trauma oclusal	Sim	21	24,4%
	Não	65	75,6%
Total		86	100,0%

Tabela 87: Frequência da presença de dentes com recessão aparentemente causada por trauma oclusal

Presença de dentes com recessão gengival e com restauração cervical insatisfatória

Na população com recessão gengival, 93,0% (80) pacientes não apresentavam nenhum dente com recessão gengival e com uma restauração cervical insatisfatória; apenas 7,0% (6) dos pacientes com recessão possuíam pelo menos um dente com restauração cervical insatisfatória e recessão gengival (Tabela 88).

		N	Porcentagem (%)
Restauração cervical insatisfatória	Sim	6	7,0%
	Não	80	93,0%
Total		86	100,0%

Tabela 88: Frequência da presença de dentes com recessão e com restauração cervical insatisfatória

Presença de recessão gengival em dentes mal posicionados

Na população com recessão gengival, 68,6% (59) pacientes não possuíam dentes mal posicionados com recessão gengival; apenas 31,4% (27) dos pacientes possuíam pelo menos um dente mal posicionado com recessão gengival (Tabela 89).

		N	Porcentagem (%)
Dente mal posicionado	Sim	27	31,4%
	Não	59	68,6%
Total		86	100,0%

Tabela 89: Frequência da presença de dentes mal posicionados com recessão

Índice de placa em função da presença de recessão gengival

Cerca de 40,6% (41) indivíduos apresentavam valores de Índice de Placa presentes no intervalo de 0 a 24%, em que 31,7% (32) pacientes apresentavam recessões gengivais e apenas 8,9% (9) não; 45,5% (46) pacientes encontravam os seus valores no intervalo de 25 a 49%, sendo 40,6% (41) pacientes com recessão gengival e 5,0% (5) pacientes sem recessão gengival; apenas 8,9% (9) dos pacientes observados apresentavam os seus valores do Índice de Placa entre 50 e 74%, em que 7,9% (8) eram pacientes com recessão gengival e 1,0% (1) não; cerca de 5,0% (5) pacientes apresentavam Índices de 75-100% tendo todos estes recessões gengivais (Tabela 90).

			Recessão Gengival		Total
			Sim	Não	
Valor do Índice de Placa	0-24%	N Percentagem (%)	32 31,7%	9 8,9%	41 40,6%
	25-49%	N Percentagem (%)	41 40,6%	5 5,0%	46 45,5%
	50-74%	N Percentagem (%)	8 7,9%	1 1,0%	9 8,9%
	75-100%	N Percentagem (%)	5 5,0%	0 0,0%	5 5,0%
Total		N Percentagem (%)	86 85,1%	15 14,9%	101 100,0%

Tabela 90: Frequência da presença de recessão gengival em função do valor do Índice de Placa

Influência Estética na Presença de Recessão Gengival

Nos pacientes com recessão gengival, 86 % (74) dos pacientes não sentiam a estética do seu sorriso afectada, sendo 46,5% (40) dos indivíduos do género feminino e 39,5% (34) do masculino); apenas 14,0% (12) dos pacientes questionados se apresentaram afectados quanto à sua estética de sorriso, sendo, 9,3% (8) indivíduos do género masculino e 4,7% (4) do género feminino (Tabela 91)

			Género		Total
			Masculino	Feminino	
Influência na estética	Sim	N	8	4	12
		% por género	9,3%	4,7%	14,0%
	Não	N	34	40	74
		% por género	39,5%	46,5%	86,0%
Total		N	42	44	86
		% por género	48,8%	51,2%	100,0%

Tabela 91: Frequência de Influência estética pela presença de recessão gengival em função do género

Presença de Piercing Associado a Recessões Gengivais

Não existiam pacientes com piercing, nem labial nem lingual, sendo que 100% (86) dos pacientes não apresentavam recessões relacionadas com estes objetos.

Presença de Deficiências do Osso Alveolar Associadas a Recessões Gengivais

Nos pacientes com recessão gengival, 2,3% (2) dos casos estavam diretamente relacionadas com a presença de deficiências de osso alveolar; já 97,7% (84) dos pacientes com recessão não possuíam nenhuma recessão relacionada com deficiências de osso alveolar (Tabela 92).

		N	Percentagem (%)
Deficiência de osso alveolar	Sim	2	2,3%
	Não	84	97,7%
Total		86	100,0%

Tabela 92: Frequência de recessões associadas a deficiências de osso alveolar

Inserção Anormal do Freio Labial

Nos pacientes com recessão gengival, 2,3% (2) dos casos estavam diretamente relacionadas com a inserção anormal do freio labial; já 97,7% (84) dos pacientes com recessão não possuíam nenhuma recessão relacionada com uma inserção anormal do freio labial (Tabela 93).

		N	Percentagem (%)
Inserção anormal do freio	Sim	2	2,3%
	Não	84	97,7%
Total		86	100,0%

Tabela 93: Frequência de recessões associadas à inserção anormal do freio labial

Frequência de Escovagem em Função da Presença de Recessão

Neste estudo, 13,9% (14) realizam a escovagem uma vez por dia estando estes mesmos casos associados à presença de recessão gengival; 51,5% dos pacientes observado realizam a escovagem duas vezes por dia, tendo 45,5% (46) dos pacientes recessão gengival e 5,9% (6) dos outros pacientes não apresentando recessões gengivais; 34,7% (35) dos casos realizam mais de duas vezes a escovagem por dia, tendo 25,7% (26) dos pacientes recessão gengival e os restantes 8,9% (9) não (Tabela 94).

			Possui Recessão		Total
			Sim	Não	
Frequência de Escovagem	Uma vez por dia	N Percentagem (%)	14 13,9%	0 0,0%	14 13,9%
	Duas vezes por dia	N Percentagem (%)	46 45,5%	6 5,9%	52 51,5%
	Mais de duas vezes por dia	N Percentagem (%)	26 25,7%	9 8,9%	35 34,7%
Total		N Percentagem (%)	86 85,1%	15 14,9%	101 100,0%

Tabela 94: Frequência da presença de recessão gengival em função da frequência de escovagem dentária

Utilizando o teste não paramétrico (Mann-Whitney) verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de escovagem e a presença de recessões gengivais, porque obtivemos um valor de $p < 0,05$ ($p = 0,01$).

Movimentos de escovagem em função da presença de recessão

De todos os pacientes, 36,6% (37) utilizam movimentos horizontais de escovagem, tendo 35,6% (36) destes casos recessão gengival e 1,0% (1) não; 6,9% (7) dos pacientes utilizam movimentos verticais de escovagem, tendo 5,9% (6) destes pacientes recessão e 1,0% (1) não; 56,4% (57) dos indivíduos questionados afirmaram realizar uma escovagem maioritariamente baseada em movimentos circulares, tendo 43,6% (44) destes casos apresentado recessões gengivais e 12,9% (13) não (Tabela 95).

			Possui recessão		Total
			Sim	Não	
Tipos de movimentos de escovagem	Movimentos Horizontais	N Percentagem (%)	36 35,6%	1 1,0%	37 36,6%
	Movimentos Verticais	N Percentagem (%)	6 5,9%	1 1,0%	7 6,9%
	Movimentos Circulares	N Percentagem (%)	44 43,6%	13 12,9%	57 56,4%
Total		N Percentagem (%)	86 85,1%	15 14,9%	101 100,0%

Tabela 95: Frequência da presença de recessão gengival em função do tipo de movimentos de escovagem

Utilizando o teste não paramétrico (Mann-Whitney) verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de movimentos de escovagem mais utilizado e a presença de recessões gengivais, porque obtivemos um valor de $p < 0,05$ ($p = 0,01$).

Presença de Recessão Gengival em Função do Tipo de Escova Dentária

Neste estudo, 11,9% (12) dos pacientes interrogados afirmaram que utilizavam escova eléctrica, tendo 9,9% (10) destes pacientes apresentado casos de recessão gengival e 2,0%

(2) destes não; 31,7%; 31,7% (32) dos indivíduos entrevistados afirmavam utilizar escova com cerdas macias em que 25,7% (26) destes pacientes apresentam recessões gengivais, enquanto que 5,9% não; cerca de 46,5% (47) pacientes utilizavam escova com cerdas médias, tendo 39,6% (40) recessões gengivais e 6,9%(6) destes não; já 9,9% (10) utilizam escovas de cerdas duras tendo todos estes recessões gengivais (Tabela 96).

			Possui Recessão		Total
			Sim	Não	
Tipo de escova dentária	Escova Eléctrica	N Percentagem (%)	10 9,9%	2 2,0%	12 11,9%
	Escova com Cerdas Macias	N Percentagem (%)	26 25,7%	6 5,9%	32 31,7%
	Escova com Cerdas Médias	N Percentagem (%)	40 39,6%	7 6,9%	47 46,5%
	Escova com Cerdas Duras	N Percentagem (%)	10 9,9%	0 0,0%	10 9,9%
	Total	N Percentagem (%)	86 85,1%	15 14,9%	101 100,0%

Tabela 96: Frequência da presença de recessão gengival em função do tipo de escova

Presença de Recessão Gengival em Função de Tratamento Ortodôntico Prévio

No que se refere ao tratamento ortodôntico, 63,4% (64) pacientes nunca realizaram tratamento ortodôntico, tendo 54,5% (55) destes recessão gengival e 8,9% (9) não; dos restantes 36,6% (37) pacientes que realizaram tratamento ortodôntico, 30,7% (31) apresentam recessões gengivais e 5,9% (6) não (Tabela 97).

			Possui Recessão		Total
			Sim	Não	
Tratamento Ortodôntico	Sim	N Percentagem (%)	31 30,7%	6 5,9%	37 36,6%
	Não	N Percentagem (%)	55 54,5%	9 8,9%	64 63,4%
Total		N Percentagem (%)	86 85,1%	15 14,9%	101 100,0%

Tabela 97: Presença de recessões gengivais em função de tratamento ortodôntico prévio

Presença de Recessões Gengivais em Função de Hábitos

Do estudo realizado, dos 40,6% (41) pacientes sem hábitos, 33,7% (34) apresentam recessão gengival e 6,9% (7) não; 31,7% (32) dos pacientes apresentam hábitos alcoólicos, sendo 25,7% (26) destes indivíduos com recessão gengival e 5,9% (6) indivíduos sem recessão; 6,9% (7) dos pacientes observados com hábitos tabágicos, 5,9% (6) apresentam recessões gengivais e 1,0% (1) não; os restantes 20,8% (21) que têm ambos os hábitos, tendo 19,8% (20) pacientes com recessão gengival e 1,0% (1) não apresenta recessões gengivais (Tabela 98).

			Possui recessão		Total
			Sim	Não	
Presença de hábitos	Sim, alcoólicos	N Percentagem (%)	26 25,7%	6 5,9%	32 31,7%
	Sim, tabágicos	N Percentagem (%)	6 5,9	1 1,0%	7 6,9%
	Sim, ambos	N Percentagem (%)	20 19,8%	1 1,0%	21 20,8%
	Não	N Percentagem (%)	34 33,7%	7 6,9%	41 40,6%
Total		N Percentagem (%)	86 85,1%	15 14,9%	101 100,0%

Tabela 98: Presença de recessões gengivais em função da presença de hábitos

Quantidade de Dentes com Recessões em Vestibular na Presença de Movimentos Horizontais

Na amostra que utiliza maioritariamente movimentos horizontais, 5,4% (2) indivíduos não apresentam qualquer recessão vestibular; 48,6% (18) pacientes apresentam recessões gengivais na face vestibular de 1 a 5 dentes; 13,5% (5) apresentam recessões vestibulares em 6 a 10 dentes; cerca de 21,6% (8) dos indivíduos observados contêm 11 a 15 dentes afectados com recessões em vestibular; 8,1% (3) dos pacientes apresentam 16 a 20 dentes com recessão gengival na face vestibular; por fim, 2,7% (1) pacientes apresentam entre 21 e 25 dentes afectados desta forma (Tabela 99).

		N	Percentagem (%)
Dentes com recessão gengival em que o paciente utiliza movimentos horizontais de escovagem	0 dentes	2	5,4%
	1 a 5 dentes	18	48,6%
	6 a 10 dentes	5	13,5%
	11 a 15 dentes	8	21,6%
	16 a 20 dentes	3	8,1%
	21 a 25 dentes	1	2,7%
Total		37	100,0%

Tabela 99: Frequência do número de dentes com recessão em vestibular em que o paciente utilize maioritariamente escovagem horizontal

Discussão

5. Discussão

Vários estudos têm comprovado um aumento da prevalência, extensão e severidade da recessão gengival associadas ao aumento da idade, provavelmente resultante de um maior período de exposição aos factores causais destas recessões, o que nos orientou a escolher uma amostra que compreendia uma faixa etária entre os 20 e os 30 anos de idade.^(17,19,20,22)

No presente estudo verificámos que cerca de 85% da amostra apresentava pelo menos uma recessão gengival, que consiste num valor bastante superior ao encontrado em estudos para esta faixa etária, como nos estudos de Marini *et al.* (64%), Furlan *et al.* (15,21%) e Slutzkey *et al.* (30%).^(19,23,28)

Outro dado relevante consiste no facto de 81,4% dos pacientes com recessões gengivais apresentá-las sob a forma localizada o que vai de encontro com o que defende Slutzkey *et al.*⁽²³⁾

Relativamente ao género, neste estudo não encontrámos dados relevantes de forma a indicar um género mais propício ao desenvolvimento de recessões gengivais, pois o valor de $p > 0,05$ ($p = 0,27$), o que é defendido por alguns estudos.^(23,28)

Neste estudo piloto, da amostra que apresentava pelo menos uma recessão gengival, 75,2% apresentavam as maiores recessões da cavidade oral inferiores a 3 mm o que se encontra de acordo com os dados provenientes do estudo de Marini *et al.* (70%).⁽¹⁹⁾

Neste estudo verificou-se uma maior prevalência de recessão gengival na face vestibular dos dentes (97,7%) do que na face lingual (44,2%) o que está de acordo com vários estudos, possivelmente apresentando alguma correlação com as características de escovagem como a frequência, tipo de movimentos utilizados e os materiais utilizados na higiene, bem como a presença de tratamento ortodôntico prévio.^(21,22,40-43)

Quanto à frequência de escovagem obtiveram-se dados estatisticamente significativos pois obtivemos um $p < 0,05$ ($p = 0,01$), verificando-se que os pacientes que apenas escovavam uma vez os dentes por dia apresentavam todos recessão gengival, possivelmente devido à menor higiene existente; com o aumento do número de escovagens diárias há também um aumento de indivíduos e, consequentemente um aumento de pacientes a apresentarem recessão gengival, de forma a que 45,5% da amostra total eram pacientes que escovavam

os dentes duas vezes por dia e apresentavam recessões gengivais e 25,7% eram indivíduos que escovavam os dentes mais que duas vezes por dia e também apresentavam recessões gengivais. No entanto podemos verificar que nesta amostra existe uma maior preocupação com a higiene oral e consequentemente há uma significativa menor quantidade de indivíduos a escovarem os dentes com menos frequência.⁽⁴¹⁾

No entanto, onde se torna relevante a importância da qualidade da escovagem é ao avaliarmos a relação entre os movimentos de escovagem e o tipo de escova utilizada. Tal como em outros estudos, verificámos que, apesar da maioria da amostra (56,4%) utilizar a técnica de movimentos circulares que é a universalmente aconselhada, cerca de 36,6% pacientes utilizavam maioritariamente movimentos horizontais e que destes, 35,6% apresentavam recessões gengivais, possuindo estes dados também significância estatística uma vez que $p < 0,05$ ($p = 0,01$).^(21,34)

Quanto à dureza das cerdas das escovas dentárias, neste estudo verificou-se que existia alguma associação visto que todos os pacientes que usavam escovas duras (9,9%) apresentavam recessões gengivais o que vai de encontro com o que afirma Tugnait *et al.*⁽¹⁷⁾

Relativamente ao lado e ao maxilar mais afectado, os resultados vão de encontro aos do estudo de Tezel *et al.*, em que havia mais recessões na mandíbula, mais especificamente na esquerda (44,2%) provavelmente devido ao facto de a maioria dos pacientes ser destro e aplicar mais força na escovagem inferior que na dos dentes superiores.⁽⁴³⁾

Tezel *et al.* afirmava que os dentes “mais afectados eram os pré-molares maxilares seguidos dos caninos maxilares”, já Stoner *et al.* defendiam que eram os incisivos inferiores os mais atingidos pelo desenvolvimento de recessões gengivais. Neste estudo, determinámos que o grupo de dentes mais afectado eram os incisivos inferiores (24,4%) seguidos dos pré-molares inferiores (14,0%) o que vai, em parte, de encontro com os resultados apresentados por Stoner *et al.*⁽²¹⁾

Vários são os estudos que defende a correlação entre a presença de placa bacteriana e o desenvolvimento de recessões gengivais e, neste estudo, apesar de os dados não terem sido estatisticamente significativos visto que $p > 0,05$, isso também se verificou, sendo que todos os pacientes com índice de placa entre os 75% e os 100% (5,0%) apresentavam recessões gengivais e dos pacientes com índices entre 50% a 74% (7,9%) apenas 1,0% não apresentava recessões. Nos grupos com índices de placa inferiores havia um maior número

de pacientes sem recessão gengival que, mesmo sendo estes grupos constituídos por mais pacientes, se consegue compreender o efeito da existência de placa.^(21,23,29)

Os pacientes com restaurações cervicais insatisfatórias apresentavam todos recessões gengivais (7,0% da amostra total com recessão gengival) o que vai de encontro ao defendido por muitos artigos, provavelmente pela dificuldade da higiene e pela acumulação de placa.^(47,48)

Dentro desta faixa etária seria difícil encontrar dentes pilares de próteses, e apenas encontramos um e que possuía recessão gengival, no entanto com estes dados não nos é possível confirmar esta relação pois precisaríamos de mais dados.

Cerca de 24,4% dos pacientes com recessões gengivais apresentavam-nas com características semelhantes às descritas por Stillman quando associadas a trauma oclusal.⁽⁶⁵⁾

Quanto à má posição dentária, 31,4% dos pacientes com recessão gengival apresentavam dentes mal posicionados com recessão, o que é defendido por variados estudos, entre os quais, os de Tugnait *et al.*, Chrysanthakopoulos e Yared *et al.*^(17,18,21)

Muita controvérsia existe quando correlacionam o desenvolvimento de recessões gengivais e a presença de tratamento ortodôntico prévio, no entanto neste estudo, dos pacientes que já tinham realizado tratamento ortodôntico (36,6%), 30,7% apresentavam recessões gengivais o que são valores consideráveis em relação a este aspecto e que não vão de encontro nem com os estudos que não apoiam esta teoria nem com os valores dos que apoiam esta teoria, no entanto obtivemos dados sem significância estatística visto que o valor de $p > 0,05$.^(23,56,59)

Verificámos que: 31,7% dos pacientes com hábitos alcoólicos, 25,7% apresentam recessões gengivais, dos 6,9% que apenas têm hábitos tabágicos, 5,9% exibem recessões gengivais e em 20,8% de pacientes com ambos os hábitos, 19,8 apresentam recessão gengival. Desta forma podemos verificar que autores como Warnakulasuriya *et al.*, Johnson e Khocht *et al.* tinham razão aquando descreviam a correlação possível entre o uso de tabaco e álcool e o desenvolvimento de recessões gengivais.^(75,78,79)

Desta forma, através de ações de formação preventivas poder-se-á instruir a população com vista à execução de uma correta escovagem dentária pouco baseada em movimentos

horizontais mas que, no entanto, evite a acumulação de placa bacteriana; à cessação de hábitos tabágicos e/ou alcoólicos caso estes existam; à visita periódica ao médico dentista para que este possa avaliar os restantes factores predisponentes para a recessão gengival de forma preventiva ou mesmo em casos em que as recessões já estejam presentes.

Neste estudo também se verificou que apenas 17,4% dos pacientes com recessões gengivais apresentavam sensibilidade dentária, muito provavelmente devido à pouca severidade das recessões gengivais característica desta faixa etária, bem como pelas alterações dentinárias que ocorrem entre os 25 e os 39 anos que resultam numa redução da sensibilidade como defende Tugnait *et al.*⁽¹⁷⁾

No campo da estética, também os dados foram estatisticamente sem significância visto que $p > 0,05$, porque apenas pacientes com recessões vestibulares e em dentes anteriores apresentavam queixas a este respeito perfazendo apenas 14,0% dos pacientes com recessões gengivais mas, contrariamente ao esperado por vários estudos, existem mais indivíduos do género masculino (9,3%) do que do feminino (4,7%) a considerar a estética afectada.^(17,33)

Conclusões

6. Conclusões

Na faixa etária definida, a prevalência de recessão gengival foi de 85,1%, no entanto, uma vez que o valor de $p > 0,05$, não existiam diferenças relevantes entre ambos os géneros, e, cerca de 81,4% eram casos de recessões localizadas.

A estética é influenciada numa minoria dos casos avaliados (14,0%) e apenas 17,4% dos pacientes com recessão apresentam sensibilidade dentária, no entanto estes dados não apresentavam significância estatística porque $p > 0,05$.

A amostra analisada já apresenta, maioritariamente, comportamentos de saúde oral adequados, no entanto, existem comportamentos relevantes que necessitam ser alterados, como a compreensão da necessidade de adequados movimentos de escovagem bem como da utilização de cerdas de determinada dureza e a sua associação com a formação de recessões gengivais.

No presente estudo encontraram-se dados estatisticamente significativos na associação entre a escovagem horizontal e o desenvolvimento de recessões gengivais do que com os restantes tipos de movimentos de escovagem. Foi também encontrada uma associação entre o aumento da dureza das cerdas das escovas dentárias e a evolução de recessões gengivais.

Dos 36,6% pacientes sujeitos a tratamento ortodôntico prévio, 30,7% apresentavam recessões gengivais, encontrando-se assim uma elevada associação entre estas duas variáveis, apesar destes dados não serem estatisticamente significativos.

Verificou-se que a presença de hábitos, tanto alcoólicos como tabágicos, para além de todos os efeitos nocivos na saúde humana, também se encontra associada à formação da recessão gengival.

A presença de placa encontra-se diretamente relacionada com o surgimento de recessões gengivais e a sua severidade.

Bibliografia

7. Bibliografia

1. Sala Emili GP. Odontología preventiva y comunitaria. 3ª Edição. Masson, S.A.; 2005.
2. Maria M. A promoção da saúde : percursos e paradigma. Population. 2005;
3. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano nacional de saúde 2011-2016 estratégia de saúde oral em Portugal - um conceito de transversalidade que urge implementar (projecto conceptual). 2011;2–29.
4. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Department of Dental Ecology.
5. Kimbrough VJ, Karen H. Oral health education. 1ª Edição. Melissa K, editor. Julie Levin Alexander; 2006.
6. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. Community Dental Health. 2010;257–68.
7. Shinkai Ro, Cury A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar : contribuindo para a atenção integral ao idoso. Caderno Saúde Pública. 2000;16(4):1099–109.
8. World Health Organization. Oral health. 2007;Fact sheet:11–2.
9. Harris NO, García-Godoy F. Primary preventive dentistry. 6ª Edição. Cohen M, editor. Julie Levin Alexander; 2004.
10. Rateitschak KH& EM, Wolf HF, Hassell TM. Colour Atlas of Periodontology. 3ª Edição. 2005.
11. Clerehugh V, Tugnait A, Genco R. Periodontology at a glance. 1ª Edição. Wiley-Blackwell; 2009.
12. Lindhe J, Niklaus L, Karring T. Clinical periodontology and implant dentistry. 5ª Edição. Blackwell Munksgaard; 2008.
13. Mueller HP. Periodontology the essentials. 1ª Edição. Thieme; 2005.
14. Newman MG, Takei HH, Carranza FA. Carranza's clinical periodontology. 9ª Edição. 2002.
15. Rose L, Genco R. Periodontal medicine. 1ª Edição. Sciences-New York. 2000.
16. Panagakos F, Davies R. Gingival diseases - their aetiology, prevention and treatment. 1ª Edição. InTesh; 2011.

17. Tugnait A. Gingival recession - its significance and management. *Journal of Dentistry*. 2001;29.
18. Chrysanthakopoulos NA. Aetiology and severity of gingival recession in an adult population sample in Greece. *Dental Research Journal*. 2011 Jan;8(2):64–70.
19. Marini MG, Gregghi SLA, Passanezi E, Sant'ana ACP. Gingival recession: prevalence, extension and severity in adults. *Journal of Applied Oral Science*. 2004 Sep;12(3):250–5.
20. Kassab M, Cohen R. The etiology and prevalence of gingival recession. *Journal of American Dental Association*. 2003;
21. Yared K, Zenobio E. A etiologia multifatorial da recessão periodontal. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2006;45–51.
22. Lafzi A, Abolfazli N. Assessment of the etiologic factors of gingival recession in a group of patients in Northwest Iran. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 2010;3(3):3–6.
23. Slutzkey S, Levin L. Gingival recession in young adults: occurrence, severity, and relationship to past orthodontic treatment and oral piercing. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2008 Dec;134(5):652–6.
24. Mahajan A. Mahajan's modification of the miller's classification for gingival recession. *Dental Hypotheses*. 2010 Aug 5;1(2):45–50.
25. Ravishankar Y, Srinivas K, Sharma S. Management of black triangles and gingival recession: a prosthetic approach. *Indian Journal of Dental Sciences*. 2012;4(1):141–5.
26. Alghamdi H, Babay N, Sukumaran A. Surgical management of gingival recession: A clinical update. *The Saudi Dental Journal*. King Saud University; 2009 Jul;21(2):83–94.
27. Smith R. Gingival recession reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. *Journal of Clinical Periodontology*. 1997;24(3):201–5.
28. Furlan L, Sallum A, Sallum E, Junior F. Incidência de recessão gengival e hipersensibilidade dentinária na clínica de graduação da FOP-UNICAMP. *Revista periodontia*. 2008;18.
29. Mumghamba EGS, Honkala S, Honkala E, Manji KP. Gingival recession, oral hygiene and associated factors among Tanzanian women. *East African Medical Journal*. 2009 Mar;86(3):125–32.
30. Chute M, Gunjekar T, Lobo T, Pol S. Dentine hypersensitivity: the distribution of recession, sensitivity and plaque. *Journal of Indian Dental Association*. 2012 Dec;6:139–41.

31. Bartold PM. Dentinal hypersensitivity: a review. *Australian Dental Journal*. 2006 Sep;51(3):212–8.
32. Rutsatz C, Baumhardt SG, Feldens CA, Rösing CK, Grazziotin-Soares R, Barletta FB. Response of pulp sensibility test is strongly influenced by periodontal attachment loss and gingival recession. *Journal of Endodontics*. 2012 May;38(5):580–3.
33. Patel M, Nixon PJ, Chan MFW-Y. Gingival recession: Part 1. Aetiology and non-surgical management. *British Dental Journal*. Nature Publishing Group; 2011 Jan;211(6):251–4.
34. Saadoun A. Current trends in gingival recession coverage - part I: the tunnel connective tissue graft. *Practical Procedures & Aesthetic Dentistry*. 2006;18(7):433–8.
35. Zalkind M, Hochman N. Alternative method of conservative esthetic treatment for gingival recession. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1997 Jun;77(6):561–3.
36. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and / or tooth position discrepancy ? “A paradigm shift.” *American Board of Periodontology*. 2011;
37. Pourabbas R, Kimyai S, Chitsazi MT, Nourbaksh F. Clinical comparison of localized gingival recession coverage in root surfaces restored with giomer and intact root surfaces. *Journal of Biotechnology*. 2011;10(31):5893–9.
38. Silva M. Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade das cáries radiculares na população portuguesa institucionalizada. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 1995.
39. Oppermann RV. An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America. *Brazilian Oral Research*. 2007;21:8–15.
40. Dörfer CE, Joerss D. A prospective clinical study to evaluate the effect of manual and power toothbrushes on pre-existing gingival recessions. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2009;10(4):1–12.
41. Rajapakse PS, McCracken GI, Gwynnett E, Steen ND, Guentsch A, Heasman P a. Does tooth brushing influence the development and progression of non-inflammatory gingival recession? A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*. 2007 Dec;34(12):1046–61.
42. Rajapakse P, McCracken G, Gwynnett E. Tooth brushing and gingival recession. *Journal of Clinical Periodontology*. 2007;2007.
43. Tezel A, Çanakçı V, Çiçek Y, Demir T. Evaluation of gingival recession in left- and right-handed adults. *International Journal of Neuroscience*. 2001;110:135–46.

44. Daniel S, Harfst S, Wilder R. Mosby's dental hygiene: concepts, cases, and competencies. 2^a Edição. 2008.
45. Kasaj A, Willershausen B, Zafiropoulos G-G. Flexible gingival epithesis: treatment of recession defects. *Dentistry Today*. 2010 Jan;29(1):108, 110–1; quiz 111, 100.
46. Wright PS, Hellyer PH. Gingival recession related to removable partial dentures in older patients. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1995 Dec;74(6):602–7.
47. Padbury A, Eber R, Wang H-L. Interactions between the gingiva and the margin of restorations. *Journal of Clinical Periodontology*. 2003 May;30(5):379–85.
48. Broadbent JM, Williams KB, Thomson WM, Sheila M. Dental restorations: a risk factor for periodontal attachment loss? *Journal of Clinical Periodontology*. 2008;33(11):803–10.
49. Jyoti N, Pankaj M, Tulika G, Shelly A. Dental lasers - a boon to prosthodontics- a review. *International Journal of Dental Clinics*. 2010;2(2):13–21.
50. Tandara A, Marin M, Cuculescu M, Preoteasa E. A Clinical evaluation of the level of dental plaque at romanian patients with dental implants. *Medicine in Evolution*. 2011;XVII(4):477–83.
51. Gallucci GO, Doughtie CB, Hwang JW, Fiorellini JP, Weber H-P. Five-year results of fixed implant-supported rehabilitations with distal cantilevers for the edentulous mandible. *Clinical Oral Implants Research*. 2009 Jul;20(6):601–7.
52. Kim B-S, Kim Y-K, Yun P-Y, Yi Y-J, Lee H-J, Kim S-G, et al. Evaluation of peri-implant tissue response according to the presence of keratinized mucosa. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2009 Mar;107(3):e24–8.
53. Dilsiz A, Aydin T. Gingival recession associated with orthodontic treatment and root coverage. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2010;2(1).
54. Bollen A. Effects of malocclusions and orthodontics on periodontal health: evidence from a systematic review. *Journal of Dental Education*. 2008;72(8):912–8.
55. Kaur R, Jain AK, Ansari A, Garg N. Potential iatrogenic responses to orthodontic treatment. *Journal of Indian Dental Association*. 2011;5(1):109–11.
56. Djeu G, Hayes C, Zawaideh S. Correlation between mandibular central incisor proclination and gingival recession during fixed appliance therapy. *The Angle Orthodontist*. 2002 Jun;72(3):238–45.
57. Brusola JAC. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2^a edição. Masson, S.A.; 2005.

58. Ruf S, Hansen K, Pancherz H. Does orthodontic proclination of lower incisors in children and adolescents cause gingival recession? *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1998 Jul;114(1):100–6.
59. Allais D, Melsen B. Does labial movement of lower incisors influence the level of the gingival margin? A case-control study of adult orthodontic patients. *European Journal of Orthodontics*. 2003 Aug;25(4):343–52.
60. Brandão R. Recessão periodontal e ortodontia. *Anais do XXXIV Encontro do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria*. 2005;
61. Moghacidas H, Pezeshkfar A. Severe gingival recession caused by orthodontic rubber band : a case report. *Journal of Periodontology and Implant Dentistry*. 2010;83–7.
62. Klineberg I, Jagger R. Occlusion and clinical practice an evidence-based approach. 1ª edição. Elsevier; 2005.
63. Ustun K, Sari Z, Orucoglu H, Duran I, Hakki SS. Severe gingival recession caused by traumatic occlusion and mucogingival stress: a case report. *European Journal of Dentistry*. 2008 Apr;2(2):127–33.
64. Filho A, Sabaneff A, Silveira D. Trauma oclusal. *Revista Naval de Odontologia*. 2007;18–21.
65. Kundapur PP, Bhat KM, Bhat GS. Association of trauma from occlusion with localized gingival recession in mandibular anterior teeth. *Dental Research Journal*. 2009 Jan;6(2):71–4.
66. Dibart S, De Feo P, Surabian G, Hart A, Capri D, Su M-F. Oral piercing and gingival recession: review of the literature and a case report. *Quintessence International* (Berlin, Germany. 2002 Feb;33(2):110–2.
67. Chambrone L, Chambrone LA. Gingival recessions caused by lip piercing: case report. *Journal of the Canadian Association*. 2003;69(8).
68. Reynolds M a. Gingival recession is likely associated with tongue piercings. *The Journal of Evidence-Based Dental Practice*. Elsevier Inc.; 2011 Sep;11(3):160–1.
69. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 Sep;83(9):694–9.
70. Spirandeli D. Associação entre estado nutricional e doença periodontal crônica. *Universidade Estadual Paulista*; 2006.
71. Enwonwu CO. Interface of malnutrition and periodontal diseases. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1995 Feb;61(2):430S–436S.
72. Machado E, Zanatta GB, Assis C, Zanatta F. Obesidade como fator de risco à periodontite : é possível ? *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2011;59:45–50.

73. Gaio EJ. Efeito da obesidade na progressão da perda de inserção periodontal : estudo de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
74. Ngatia EM, Gathece LW, Macigo FG, Mulli TK, Mutara LN, Wagaiyu EG. Nutritional and oral health status of an elderly population in Nairobi. *East African Medical Journal*. 2008 Aug;85(8):378–85.
75. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Peidr  EC, Preshaw PM, Walter C, et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal*. 2010;7–30.
76. Chu YH, Tatakis DN, Wee AG. Smokeless tobacco use and periodontal health in a rural male population. *Journal of Periodontology*. 2010 Jun;81(6):848–54.
77. Pintado C. A Influência do tabaco na patologia periodontal. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2010. p. 1–32.
78. Johnson G. Tobacco use and the periodontal patient. *Journal of Periodontology*. 1999;(November).
79. Khocht A, Schleifer SJ, Janal MN, Keller S. Dental care and oral disease in alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2009;37(2):214–8.
80. Rooban T, Vidya K, Joshua E, Rao A, Ranganathan S, Rao UK, et al. Tooth decay in alcohol and tobacco abusers. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2011 Jan;15(1):14–21.
81. Souza D, Rocha R. Associação entre ingestão de álcool e periodontite experimental em ratas f meas. *Revista Associação M dica do Rio Grande do Sul*. 2011;55(4):315–9.
82. Tan WC, Tay FBK, Lim LP. Diabetes as a risk factor for periodontal disease: current status and future considerations. *Annals of the Academy of Medicine*. 2006 Aug;35(8):571–81.
83. Pereira J. Doença periodontal e diabetes mellitus. Universidade do Porto Faculdade de Medicina Dentária; 2007.
84. Lima N. Manifestações orais em pacientes com artrite reumatóide. Universidade do Porto Faculdade de Medicina Dentária; 2010.
85. Detert J, Pischon N, Burmester GR, Buttgereit F. The association between rheumatoid arthritis and periodontal disease. *Arthritis Research & Therapy*. 2010 Jan;12(5):218.
86. Mirrielees J, Crofford L, Lin Y, Kryscio R. Rheumatoid arthritis and salivary biomarkers of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*. 2011;37(12):1068–74.

87. García LO, Olvera SD, Torres CSDL. Principales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*. 2008;12:46–54.
88. Zárate Ó, Castellanos J, Guzmán L. Series en medicina bucal VIII . Anorexia y bulimia en odontología. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2004;61:117–20.
89. Direção Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa; 2008.

Anexos

8. Anexos

8.1. Anexo I – Índice de Tabelas

Tabela 1: Classificação do tipo epitelial do sulco gengival e a sua função adaptado de Carranza's Clinic Periodontology, 2002.....	8
Tabela 2: Classificação de Miller (1985).....	12
Tabela 3: Classificação de Smith para a extensão horizontal (1997)	14
Tabela 4: Classificação de Smith para a extensão vertical (1997).....	14
Tabela 5: Classificação da perda de altura papilar de Nordland e Tarnow (1998).....	15
Tabela 6: Classificação dos tipos periodontais de Maynard e Wilson.....	33
Tabela 7: Mobilidade fisiológica média por tipo de dente	40
Tabela 8: Teorias explicativas do mecanismo de ação do tabaco na cavidade oral	46
Tabela 9: Frequência da escovagem dentária em função do género.....	72
Tabela 10: Frequência dos materiais utilizados para a escovagem dentária.....	73
Tabela 11: Frequência dos métodos de escovagem dentária	74
Tabela 12: Frequência do tipo de escova dentária utilizada	75
Tabela 13: Frequência das diversas áreas escovadas na cavidade oral.....	75
Tabela 14: Frequência de utilização de prótese dentária	76
Tabela 15: Frequência da presença de terapia ortodôntica prévia em função do género	77
Tabela 16: Presença de hábitos em função do género	78
Tabela 17: Frequência dos estados de satisfação em função do género	79
Tabela 18: Presença de Recessão gengival em função do género	80
Tabela 19: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.1 em todos os pacientes com recessão gengival.	81
Tabela 20: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.1 em todos os pacientes com recessão gengival	81
Tabela 21: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.2 em todos os pacientes com recessão gengival	82
Tabela 22: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.2 em todos os pacientes com recessão gengival	82
Tabela 23: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.3 em todos os pacientes com recessão gengival	83

Tabela 24: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.3 em todos os pacientes com recessão gengival	83
Tabela 25: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.4 em todos os pacientes com recessão gengival	84
Tabela 26: Frequência de recessão gengival na face Palatina do dente 1.4 em todos os pacientes com recessão gengival	84
Tabela 27: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.5 em todos os pacientes com recessão gengival	85
Tabela 28: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.5 em todos os pacientes com recessão gengival	85
Tabela 29: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.6 em todos os pacientes com recessão gengival	86
Tabela 30: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.6 em todos os pacientes com recessão gengival	86
Tabela 31 Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 1.7 em todos os pacientes com recessão gengival	87
Tabela 32: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 1.7 em todos os pacientes com recessão gengival	87
Tabela 33: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.1 em todos os pacientes com recessão	88
Tabela 34: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.1 em todos os pacientes com recessão	88
Tabela 35: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.2 em todos os pacientes com recessão	89
Tabela 36: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.2 em todos os pacientes com recessão	89
Tabela 37. Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.3 em todos os pacientes com recessão	90
Tabela 38: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.3 em todos os pacientes com recessão	90
Tabela 39: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.4 em todos os pacientes com recessão	91
Tabela 40: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.4 em todos os pacientes com recessão	91

Tabela 41: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.5 em todos os pacientes com recessão	92
Tabela 42: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.5 em todos os pacientes com recessão	92
Tabela 43: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.6 em todos os pacientes com recessão	93
Tabela 44: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.6 em todos os pacientes com recessão	93
Tabela 45: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 2.7 em todos os pacientes com recessão	94
Tabela 46: Frequência de recessão gengival na face palatina do dente 2.7 em todos os pacientes com recessão	94
Tabela 47: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.1 em todos os pacientes com recessão	95
Tabela 48: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.1 em todos os pacientes com recessão	96
Tabela 49: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.2 em todos os pacientes com recessão	96
Tabela 50: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.2 em todos os pacientes com recessão	97
Tabela 51: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.3 em todos os pacientes com recessão	98
Tabela 52: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.3 em todos os pacientes com recessão	98
Tabela 53: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.4 em todos os pacientes com recessão	99
Tabela 54: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.4 em todos os pacientes com recessão	100
Tabela 55: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.5 em todos os pacientes com recessão	100
Tabela 56: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.5 em todos os pacientes com recessão	101
Tabela 57: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.6 em todos os pacientes com recessão	101

Tabela 58: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.6 em todos os pacientes com recessão	102
Tabela 59: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 3.7 em todos os pacientes com recessão	102
Tabela 60: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 3.7 em todos os pacientes com recessão	103
Tabela 61: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.1 em todos os pacientes com recessão	103
Tabela 62: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.1 em todos os pacientes com recessão	104
Tabela 63: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.2 em todos os pacientes com recessão	104
Tabela 64: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.2 em todos os pacientes com recessão	105
Tabela 65: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.3 em todos os pacientes com recessão	106
Tabela 66: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.3 em todos os pacientes com recessão	106
Tabela 67: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.4 em todos os pacientes com recessão	107
Tabela 68: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.4 em todos os pacientes com recessão	108
Tabela 69: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.5 em todos os pacientes com recessão	108
Tabela 70: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.5 em todos os pacientes com recessão	109
Tabela 71: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.6 em todos os pacientes com recessão	109
Tabela 72: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.6 em todos os pacientes com recessão	110
Tabela 73: Frequência de recessão gengival na face vestibular do dente 4.7 em todos os pacientes com recessão	110
Tabela 74: Frequência de recessão gengival na face lingual do dente 4.7 em todos os pacientes com recessão	111

Tabela 75: Frequência de recessões gengivais \geq que 3mm em pacientes com recessão ...	111
Tabela 76: Frequência do número de dentes com recessão na face vestibular na amostra com recessões gengivais	112
Tabela 77: Frequência do número de dentes com recessão na face lingual/palatina na amostra com recessões gengivais.....	112
Tabela 78: Frequência do número de dentes com recessão na maxila esquerda na amostra com recessões gengivais	113
Tabela 79: Frequência do número de dentes com recessão na maxila direita na amostra com recessões gengivais	113
Tabela 80: Frequência do número de dentes com recessão na mandíbula esquerda na amostra com recessões gengivais.....	114
Tabela 81: Frequência do número de dentes com recessão na mandíbula direita na amostra com recessões gengivais	114
Tabela 82: Frequência do maxilar e do lado mais afectado	115
Tabela 83: Frequência do grupo de dentes mais afectado	116
Tabela 84: Frequência do tipo de recessão em função do género.....	116
Tabela 85: Frequência da presença de sensibilidade dentária em dentes com recessão	117
Tabela 86: Frequência da presença de dentes pilares de prótese dentária em dentes com recessão	117
Tabela 87: Frequência da presença de dentes com recessão aparentemente causada por trauma oclusal	117
Tabela 88: Frequência da presença de dentes com recessão e com restauração cervical insatisfatória.....	118
Tabela 89: Frequência da presença de dentes mal posicionados com recessão.....	118
Tabela 90: Frequência da presença de recessão gengival em função do valor do Índice de Placa.....	119
Tabela 91: Frequência de Influência estética pela presença de recessão gengival em função do género.....	119
Tabela 92: Frequência de recessões associadas a deficiências de osso alveolar	120
Tabela 93: Frequência de recessões associadas à inserção anormal do freio labial	120
Tabela 94: Frequência da presença de recessão gengival em função da frequência de escovagem dentária.....	121
Tabela 95: Frequência da presença de recessão gengival em função do tipo de movimentos de escovagem	122

Tabela 96: Frequência da presença de recessão gengival em função do tipo de escova ...	123
Tabela 97: Presença de recessões gengivais em função de tratamento ortodôntico prévio	124
Tabela 98: Presença de recessões gengivais em função da presença de hábitos	124
Tabela 99: Frequência do número de dentes com recessão em vestibular em que o paciente utilize maioritariamente escovagem horizontal	125

8.2. Anexo II – Índice de Gráficos

Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao género	71
---	----

8.3. Anexo III – Índice de Figuras

Figura 1: Exemplo de diagrama para obtenção do Índice de Placa de O’Leary	63
---	----

8.4. Anexo IV - Glossário de Siglas e Abreviaturas

OMS: Organização Mundial de Saúde

HRQOL: Health-Related Quality of Life

OHRQoL: Oral Health Related Quality of Life

FDI: Federação Dentária Internacional

OMD: Ordem dos Médicos Dentistas

JAC: Junção Amelo-Cementária

ST: Smokeless Tobacco

8.5. Anexo V – Consentimento Informado

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – PÓLO DE VISEU

CONSENTIMENTO INFORMADO

“PREVALÊNCIA DA RECESSÃO GENGIVAL NUMA AMOSTRA DE PACIENTES CONSULTADOS NA CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DA UCP-VISEU”

Eu, João Gonçalo Baptista Lapa, aluno do 5ºano do Mestrado integrado em Medicina Dentária, venho por este meio comunicar que farei um estudo em pacientes selecionados da consulta do serviço de Medicina Dentária da Clínica Universitária, com o objectivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, onde será realizado um exame clínico e um questionário.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projeto sendo o seu nome codificado.

A participação neste estudo não implicará qualquer encargo para o paciente e não será efectuado nenhum tratamento.

Obrigado pela colaboração

Eu, _____ fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação deste questionário e exame clínico para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis o aluno João Lapa e o Mestre Nélio Veiga.

Viseu, _____ de _____ de 2012

Assinatura do Paciente

Assinatura do Aluno

Assinatura do Co-Orientador

8.6. Anexo VI – Questionário

Questionário

Grupo I

1. **Processo Clínico:** _____

2. **Nome (iniciais):** _____

3. **Sexo:** M ☐

F ☐

4. **Idade:** _____

Grupo II

1. **Com que frequência escova os seus dentes?**

☐ Menos de uma vez por dia

☐ Duas vezes por dia

☐ Uma vez por dia

☐ Mais de duas vezes por dia

2. **O que usa para higienizar/lavar os dentes?**

☐ Escova de dentes e pasta dentífrica

☐ Bochechos com colutórios

☐ Fio dentário

☐ Palitos

☐ Outros: _____

3. **Como escova os seus dentes?**

☐ Com movimentos Horizontais

☐ Com movimentos Verticais

☐ Com movimentos Circulares

4. **Que tipo de escova utiliza?**

☐ Escova eléctrica

☐ Escova com cerdas macias

☐ Escova com cerdas médias

☐ Escova com cerdas duras

5. **Como realiza a sua higiene /limpeza oral?**

☐ Escovo apenas os dentes

☐ Escovo os dentes e a língua

☐ Escovo os dentes e as gengivas

☐ Escovo os dentes, as gengivas e a língua

6. Utiliza Prótese dentária?

☐ Sim

☐ Não

7. Se sim, de que tipo?

☐ Prótese Removível

☐ Prótese Fixa

☐ Prótese sobre implantes

8. Já realizou tratamento ortodôntico?

☐ Sim

☐ Não

9. Tem hábitos tabágicos ou alcoólicos?

☐ Sim, alcoólicos

☐ Sim, tabágicos

☐ Sim, ambos

☐ Não

Grupo III (a preencher pelo aluno)

1. Medição das recessões:

	1ºQ	2ºQ	3ºQ	4ºQ
Incisivo Central				
Incisivo Lateral				
Canino				
1ºPré-molar				
2ºPré-molar				
1ºMolar				
2ºMolar				
3ºMolar				

Dentes com recessão que:

- Tenham sensibilidade: _____
- Sejam pilares de Prótese: _____
- Tenham contatos oclusais muito fortes: _____
- Tenham restaurações cervicais insatisfatórias: _____
- Estejam mal posicionados: _____

2. Recessão: ☐ Localizada ☐ Generalizada

3. Índice de Placa: _____ %

4. Se tiver recessões, questionar se “As recessões interferem com a estética do seu sorriso?” ☐ Sim ☐ Não

5. Presença de outras condições como:

☐ Piercing labial ☐ Má higiene Oral

☐ Deficiências do osso alveolar ☐ Inserção anormal do freio labial